Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Canada

Intervention Guidelines for the Client-Centred Practice of Occupational Therapy

Report of a Task Force
convened by the
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
and the
Canadian Association of Occupational Therapists

87-01711/

INTERVENTION GUIDELINES FOR THE CLIENT-CENTRED PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY

Report
of a Task Force
convened by the
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
and the
Canadian Association of Occupational Therapists

Published by the authority of the
Minister of National Health and Welfare

OTTAWA
June 1986

COPIES OF THIS REPORT
MAY BE OBTAINED FROM:

Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Department of National Health and Welfare
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Copies are available
in French
under the title
LIGNES DIRECTRICES RÉGISSANT
L'INTERVENTION EN ERGOTHÉRAPIE
AXÉE SUR LE CLIENT

©Minister of Supply and Services Canada 1986
Cat. No. H39-100/1986E
ISBN 0-662-14981-5

FOREWORD

As part of its Clinical Guidelines Program, for the past decade the Health Services Directorate has been collaborating with health professions in developing national guidelines for clinical procedures. Through its task forces, this Program offers coordination and leadership in improving quality of health care, a goal common to the Directorate and to the professions.

In this instance, in response to a request from the Canadian Association of Occupational Therapists, the Department of National Health and Welfare reconvened its Task Force on Guidelines for the Practice of Occupational Therapy. Having completed Stage I the reconvened Task Force moved on to Stage II: intervention guidelines. This is its report, entitled INTERVENTION GUIDELINES FOR THE CLIENT-CENTRED PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY. This report flows from the first one which concentrated on assessment and program planning guidelines. Since these reports complement one another, they should be used in tandem. Hopefully these benchmarks will encourage continuing re-examination of existing practices.

These guidelines focus on intervention including fundamental elements and specific benchmarks. Guidelines are also provided for discharge, follow-up and program evaluation. A case history is presented to illustrate the application of these guidelines.

National and provincial professional associations as well as practising professionals across Canada are invited to review these consensus guidelines and send comments to the address given on page ii.

This report is not a statement of federal government policy but is part of the information base from which policies may be developed. Hopefully it will be a valuable guide for planning, setting policy on, and administering clinical and educational activities in occupational therapy. Thus, this report should stimulate enhanced quality of health care across the nation.

Further, the intent of these consensus guidelines is not to formally standardize the delivery of services across Canada. It is neither the role nor the mandate of the Department of National Health and Welfare to implement these guidelines. Rather, the Department's role is to facilitate the development of a national framework of common goals, practices and procedures. Thus, implementation will vary provincially and regionally depending on human and material resources, and on policies and priorities of those provinces and regions.

Eve Kassirer
Medical Sociologist
Clinical Guidelines Program
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Department of National Health and Welfare

CONTENTS

		PAGE
	Foreword	iii
	Members of Task Force	vi
	Recommendations	viii
	Letter of Transmittal	ix
	Establishment and Representativeness of Task Force	x
	Terms of Reference	xi
	Glossary	xii
Chapter I	INTRODUCTION	1
Chapter II	INTERVENTION	7
Chapter III	FUNDAMENTAL ELEMENTS IN INTERVENTION	13
Chapter IV	SPECIFIC INTERVENTION GUIDELINES	25
Chapter V	SPECIFIC DISCHARGE GUIDELINES	31
Chapter VI	SPECIFIC FOLLOW-UP GUIDELINES	35
Chapter VII	SPECIFIC GUIDELINES FOR EVALUATION OF CLIENT PROGRAMS	37
Chapter VIII	CASE ILLUSTRATION OF OCCUPATIONAL THERAPY PROCESS	43
Chapter IX	USES OF DOCUMENTS	51
	References	57
	Appendix A - General Guidelines for Stages of Practice	61

MEMBERS OF TASK FORCE

Thelma Gill, MEd, BScOT, OT(C) (Chairperson)	Occupational Therapist-in-Chief Clarke Institute of Psychiatry Toronto, Ontario, M5T 1R8
Eve Kassirer, MA (Coordinator)	Medical Sociologist Institutional and Professional Services Health Services Directorate Department of National Health and Welfare Ottawa, Ontario, K1A 1B4
Seanne Wilkins, Dip OT, OT(C) (Recording Secretary)	President Canadian Association of Occupational Therapists Toronto, Ontario, M4R 1A3 and formerly Director Rehabilitation Services Humber Memorial Hospital Toronto, Ontario
Elizabeth Townsend (Baglole), MAdEd, BScOT, OT(C)	School of Occupational Therapy Faculty of Health Professions Dalhousie University Halifax, Nova Scotia, B3H 3J5
Sharon Brintnell, MSc, BOT, OT(C)	Chairman and Professor Department of Occupational Therapy Faculty of Rehabilitation Medicine The University of Alberta Edmonton, Alberta, T6G 2G4
Anne Larson, BScOT, OT(C)	Formerly Executive Director Canadian Association of Occupational Therapists Toronto, Ontario
Susan Laughlin, BSR, OT(C)	Director Rehabilitation Services Shaughnessy Hospital Vancouver, British Columbia, V6H 3N1

Micheline H. Marazzani, MSc, BSc (ergothérapie), Erg (C)	Professeur agrégé Responsable du Programme D'ergothérapie École de réadaptation Faculté de médecine Université de Montréal Montréal, Quebec, H3T 1A8
Joseph Marotta, MD, FRCPC	Associate Dean - Clinical and Institutional Affairs Faculty of Medicine University of Toronto Toronto, Ontario, M5S 1A8
Barbara Quinn, BScOT, OT(C)	Associate Executive Director Director of Professional Services Community Occupational Therapy Associates Toronto, Ontario, M6A 2A6
Simon Ramesar, MB, ChB, DipPsych, FRCPC (Representative of the Canadian Psychiatric Association)	Associate Professor Family Medicine and Psychiatry Queen's University Kingston, Ontario, K7L 3N6

RECOMMENDATIONS*

ON THE BASIS OF THIS REPORT, THE TASK FORCE RECOMMENDS THAT:

1. these guidelines be circulated to occupational therapists across Canada to improve the quality of care they provide;

2. government agencies encourage and support the utilization of these guidelines;

3. the Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) facilitate the formation of study groups to discuss these guidelines and their implications for the profession;

4. individuals, CAOT and provincial organizations forward comments and suggestions about the guidelines to the Department of National Health and Welfare;

5. research be supported on the effectiveness of occupational therapy practices and procedures.

---

* See Chapter IX for specific recommended uses.

Canadian Association of Occupational Therapists
110 Eglinton Avenue West, 3rd Floor, Toronto, Ontario M4R 1A3 (416) 487-5404
Association Canadienne des Ergothérapeutes

Clarke Institute of Psychiatry
250 College Street
Toronto, Ontario, M5T 1R8

June 16, 1986

Peter Glynn, Ph.D.
Assistant Deputy Minister
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Dear Dr. Glynn:

It is my privilege to transmit to you the second report of the Task Force on Guidelines for the Practice of Occupational Therapy.

The Task Force which produced its first report in 1983 was re-convened in 1984 to work on intervention guidelines. The Task Force consists of eight occupational therapists, a neurologist, and a representative from the Canadian Psychiatric Association and the Department of National Health and Welfare.

This report presents specific guidelines for intervention, discharge, follow-up and program evaluation. These state-of-the-art consensus guidelines are unanimously supported by the Task Force.

I thank the members of the Task Force for their invaluable contributions and support throughout this project. I extend special thanks to Mrs. Eve Kassirer, Medical Sociologist, Institutional and Professional Services Division for her encouragement and expert advice. The leadership and support of the Department of National Health and Welfare are greatly appreciated.

Yours sincerely,

Thelma Gill

Thelma Gill, MEd., BScOT., O.T.(C)
Chairman, Task Force on Guidelines for the
Practice of Occupational Therapy

ESTABLISHMENT OF TASK FORCE

In 1979 the chairman of the Council of Practice of the Canadian Association of Occupational Therapists learned, that a Clinical Guidelines Program with the objective of improving quality of health care, existed in the Department of National Health and Welfare (DNHW). This program offered leadership, expertise and resources to assist professional organizations wishing to develop guidelines for practice. Subsequently a group of occupational therapists was formed to work with a representative from DNHW. These therapists were chosen on the basis of geographic distribution as well as area of specialization and active involvement in the profession. On request, the Canadian Psychiatric Association appointed a representative to this group. Thus, a Task Force was established to develop guidelines to improve quality of care in occupational therapy. After Stage I was completed, a neurologist was added to the Task Force which entered Stage II of its work and produced this second report.

COMPOSITION AND REPRESENTATIVENESS OF TASK FORCE

The 11 members of the Task Force include eight occupational therapists, one psychiatrist, one neurologist and one medical sociologist.

The characteristics of the Task Force with regard to region, sex, and occupational setting are portrayed below.

CHARACTERISTIC	MEMBERS #
REGION	
Eastern Canada	1
Central Canada	8
Western Canada	2
SEX	
Female	9
Male	2
OCCUPATIONAL SETTING	
Academic	3
Hospital	4
Community	2
Government	1
Professional Association	1

TERMS OF REFERENCE

The Terms of Reference as agreed to by the Task Force are as follows:

I To develop, within an occupational performance model, specific intervention guidelines for practice in occupational therapy by:

(a) reviewing existing guidelines/standards in Canada and other countries;
(b) arriving at a consensus on the appropriateness of existing measures and new guidelines; and
(c) identifying types of intervention practised by occupational therapists.

II To prepare a report consisting of intervention guidelines, development of intervention programs; and future activities.

SCHEDULE OF MEETINGS

February 2 and 3, 1984	Ottawa
June 21 and 22, 1984	Ottawa
November 22 and 23, 1984	Ottawa
March 7 and 8, 1985	Ottawa
September 19 and 20, 1985	Ottawa
December 10 and 11, 1985	Ottawa
February 13 and 14, 1986	Ottawa

GLOSSARY OF TERMS IN THIS REPORT

For the purposes of its deliberations the Task Force defined the following selected terms as they apply to occupational therapy.

ACTIVITY	Specific action, function or sphere of action that involves learning or doing by direct experience. (Reed and Sanderson, 1980)
ADAPTATION	Adjustment of an organism to its environment, or the process by which it enhances such fitness.
ANOMIE	State of an individual in which normative standards of conduct and beliefs are weak or lacking. It is characterized by a lack of purpose, social isolation and problem of identity.
APPROACH	Method and techniques which direct how media should be used.
AREAS OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE	Leisure - components of life free from work and self-care activities. Productivity - activities or tasks done to provide meaning and support to the self, family and society. Self-care - activities or tasks done routinely to maintain the client's health and well-being in the environment (Adapted from Reed and Sanderson, 1980)
ASSESSMENT	Process of collecting, analyzing and interpreting information, obtained through observation, interview, record review and testing.
CLIENT	Recipient of occupational therapy services.
COGNITION	Process of knowing or perceiving information.
COPING	Ability to sublimate drives, find sources of need, and gratification, tolerate frustrations and anxiety, experience gratification and control impulses. (AOTA* Standards, 1978)
CULTURAL ENVIRONMENT	See Environment.

DIRECT CLIENT SERVICES	Planned, continuously evaluated therapeutic interaction involving a client or a group of clients. (Adapted from Draft - DNHW* Occupational Therapy Workload Measurement System January, 1985)
EFFECTIVENESS	Outcome of a program in relation to meeting identified goals.
EFFICACY	Potential of a program to fulfill identified program goals under optimal conditions.
EFFICIENCY	Success of a program in achieving identified goals with the least amount of expenditure and effort.
ENGAGEMENT	Active participation of a client in purposeful activities.
ENVIRONMENT	Cultural - ethos and value system of a particular people or group. Physical - natural and man-made surroundings of an individual and structural living space boundaries. Social - patterns of relationships of people living in an organized community
FUNCTIONAL ASSESSMENT	Evaluation of the integration of mental, physical, sociocultural, and spiritual states and their interaction within areas of occupational performance.
GOAL	Purpose or aim of a client's program or therapist's activities.
GUIDELINE	Outline from which standards or criteria can be developed to measure quality of care.
HOLISTIC	Perception of the client as a whole person; the overall state of health being interpreted as a result of a complex interaction of factors which includes mental, physical, sociocultural and spiritual components.
INDIRECT CLIENT SERVICES	Activities carried out in order to support or supplement direct client services. (Adapted from Draft - DNHW* Occupational Therapy Workload Measurement System January, 1985)

INDIRECT SERVICES	Functions not involving the client directly but providing dimensions to support and augment the delivery of direct services. (Adapted from Reed and Sanderson, 1980)
INTERVENTION	Process of interceding to affect functional change in occupational performance by the use of purposeful activity. It is influenced by the client's developmental stage, state of mind, current and expected health status, time, setting and the resources available.
LEISURE	See Areas of Occupational Performance.
MENTAL	See Performance Components.
OBJECTIVE	Specific, measurable activity designed to achieve a goal.
OCCUPATIONAL PERFORMANCE	Activities carried out by the client in the areas of self-care, productivity and leisure influenced by environmental and societal factors (Reed and Sanderson, 1980)
OCCUPATIONAL THERAPY	The art and science which utilizes the analysis and application of activities specifically related to occupational performance in the areas of self-care, productivity and leisure. Through assessment, interpretation, and intervention, occupational therapists address problems impeding functional or adaptive behaviour in persons whose occupational performance is impaired by illness or injury, emotional disorder, developmental disorder, social disadvantage, or the aging process. The purpose is to prevent disability; and to promote, maintain or restore occupational performance, health and spiritual well-being; furthermore, occupational therapy services can be directed through health, educational and social service systems. (DNHW* and CAOT* Task Force, 1983)
OCCUPATIONAL THERAPY SERVICES	Organizational structure and system within which occupational therapy programs are provided. (AOTA* Role Delineation, 1979)

OCCUPATIONS	Activities or tasks which engage a client's resources of time and energy, specifically self-care, productivity and leisure. (Adapted from Reed and Sanderson, 1980)
OUTCOME	End results of health care.
PERFORMANCE COMPONENTS	Mental - total emotional and intellectual response of an individual to the environment. Physical - motor skills and sensory functions. (Adapted from Reilly, 1962) Sociocultural - dimension which describes the interpersonal relationships of a client with his family; and educational, ethnic and community backgrounds. Spiritual - state of well-being; the force that permeates and gives meaning to all life.
PROCESS	Events/activities which occur when a client participates in health care services.
PHYSICAL	See Performance Components.
PHYSICAL ENVIRONMENT	See Environment.
PRODUCTIVITY	See Areas of Occupational Performance.
PROFESSIONALIZATION	Extent of an occupation's unique body of knowledge and skills.
PURPOSEFUL ACTIVITY	Therapeutic application of tasks or actions that are goal-directed; valuable and useful to the client, and relevant to the client's life stage.
QUALITY ASSESSMENT	Measurement of the level of quality provided at some point in time; it connotes no effort to change or improve that level of care. (Rosenthal, 1977)
QUALITY ASSURANCE	Measurement of the level of care provided and when necessary improving it. (Rosenthal, 1977)
QUALITY OF CARE	Degree of excellence in the provision of health services.

REASSESSMENT	Process of obtaining and interpreting data necessary for updating intervention goals and plans. (AOTA Uniform Terminology, 1979)
SELF-CARE	See Areas of Occupational Performance.
SKILL	Behavioural application of the client's knowledge.
SOCIAL ENVIRONMENT	See Environment.
SOCIOCULTURAL	See Performance Components.
SPIRITUAL	See Performance Components.
STANDARD	A desired and achievable level (or range) of performance against which actual performance is compared. It is a statement, and is often expressed as an actual number or percentage.
STRUCTURE	Organization and resources available to support service provision.
TEAM CONCEPT	Two or more people each with a particular expertise working together toward common goals.
THEORY	System of assumptions, accepted principles and rules of procedure devised to analyze, predict or otherwise explain the nature of behaviour of a specific set of phenomena. (Reed and Sanderson, 1983)
TEMPORAL ADAPTATION	Influence of life space and role demands on the individual's orientation and allocation of time to the various areas of occupational performance.

---

* *CAOT* — *Canadian Association of Occupational Therapists*
DNHW — *Department of National Health and Welfare*
AOTA — *American Occupational Therapy Association*

CHAPTER I: INTRODUCTION

1. OVERVIEW OF REPORT

This document continues the investigation of the client-centred practice of occupational therapy initiated in a preceding volume, entitled GUIDELINES FOR THE CLIENT-CENTRED PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY. Following a preamble which discusses issues such as professionalization, and the occupational therapist as a team member, intervention is defined and placed within a conceptual model. This discussion is enhanced by the presentation of five fundamental elements of intervention: spiritual, motivation, therapeutic relationship, teaching learning process and ethics. Then specific guidelines are provided for the four final stages of practice: intervention, discharge, follow-up and program evaluation. Finally a case history is presented which illustrates these stages as they relate to one client.

Guidelines for practice are provided in this report, not standards. Recently there has been a trend to move away from setting standards toward developing guidelines by consensus. Disadvantages of standards are that they change almost as soon as they are printed and need to be continually revised, policed, and are costly to enforce. Guidelines on the other hand, influence professional behaviour of individuals as well as organizations; are flexible and ready to be changed as new knowledge is produced; and may or may not be monitored. One way to look at guidelines is to consider them as tools for continuing professional education.

Recipients of occupational therapy services cross all diagnostic and age boundaries. Clients are seen throughout their life cycle, from the neonate receiving stimulation in intensive care through to the well elderly in their own home. It is this role of the occupational therapist as a clinician which is discussed in detail in this text. There are many other roles which an occupational therapist may fulfill such as administrator, educator, consultant and researcher, but none of these are discussed in detail in this document.

Occupational therapy programs take place in a variety of settings. Though the traditional hospital environment is still a major area, more and more programs are being offered in community settings such as residential, vocational and leisure centres; schools; day programs; private agencies; clinics; and the work place. Some settings offer only limited service models such as working with developmental disorders in children or with physical disability at the Workers' Compensation Board clinics. A growing service across the country is home care, a setting in which innovative measures are continually being developed. In most of these settings the occupational therapist works as a member of a team integrating knowledge and skills to meet the needs of the client.

2. REVIEW OF CLIENT-CENTRED MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE

The first three stages of practice which are referral, assessment, and program planning, are discussed in the preceding report "Guidelines for the Client-Centered Practice of Occupational Therapy". The report outlines the choice of process guidelines within which to discuss the progression of a client through occupational therapy.

Each stage of the process is presented within the concept of client-centred practice (see Figure I). The model, adapted from the work of Reed and Sanderson (1980) places the individual in the centre of many interacting spheres. Man's occupational performance is viewed as having three areas: self-care, productivity and leisure. These are predicated on the interaction of the individual's mental, physical, sociocultural and spiritual self. The essence of a healthy functioning person is the balanced integration of these four performance components to provide a sense of well-being. Man integrates these components by engaging with social, cultural and physical aspects of the environment which he affects and by which he is affected.

A systems approach is also incorporated in the model wherein feedback permits constant adaptation by clients, therapists and the environment. Within an environmental context the client moves from one stage to the next. The information from the environment which affects the process is constantly incorporated by the therapist. The process is thus adapted to the needs of the individual and to the demands of the environment with which he chooses to comply. Thus, occupational therapy services can be viewed as an open system in constant interaction with the environment.

3. PROFESSIONALIZATION

Occupational therapy is an emerging profession which has been rapidly maturing since the 1960s. Numerous changes characterize this maturation including advances in its body of knowledge and skills and the resulting strengthening of its professional associations, leadership, identity, scope of practice and research.

These increased skills and knowledge in both the profession and the health care delivery system have led to increasing autonomy for occupational therapy, independent of medical leadership. Currently, occupational therapy is taking responsibility for refining its own needs and solutions in education, practice and evaluation. As a result of this expanded body of knowledge and increased skills and greater autonomy, occupational therapists expect a collaborative relationship, drawing knowledge from and coordinating efforts with fellow workers.

In addition, the professional role image has been increasingly identified with a holistic concern for helping individuals with any type of dysfunction. This identity offers a rapidly broadening scope of client-centred practice for occupational therapists who work in a wide range of settings (institutions and community; medical and non-medical).

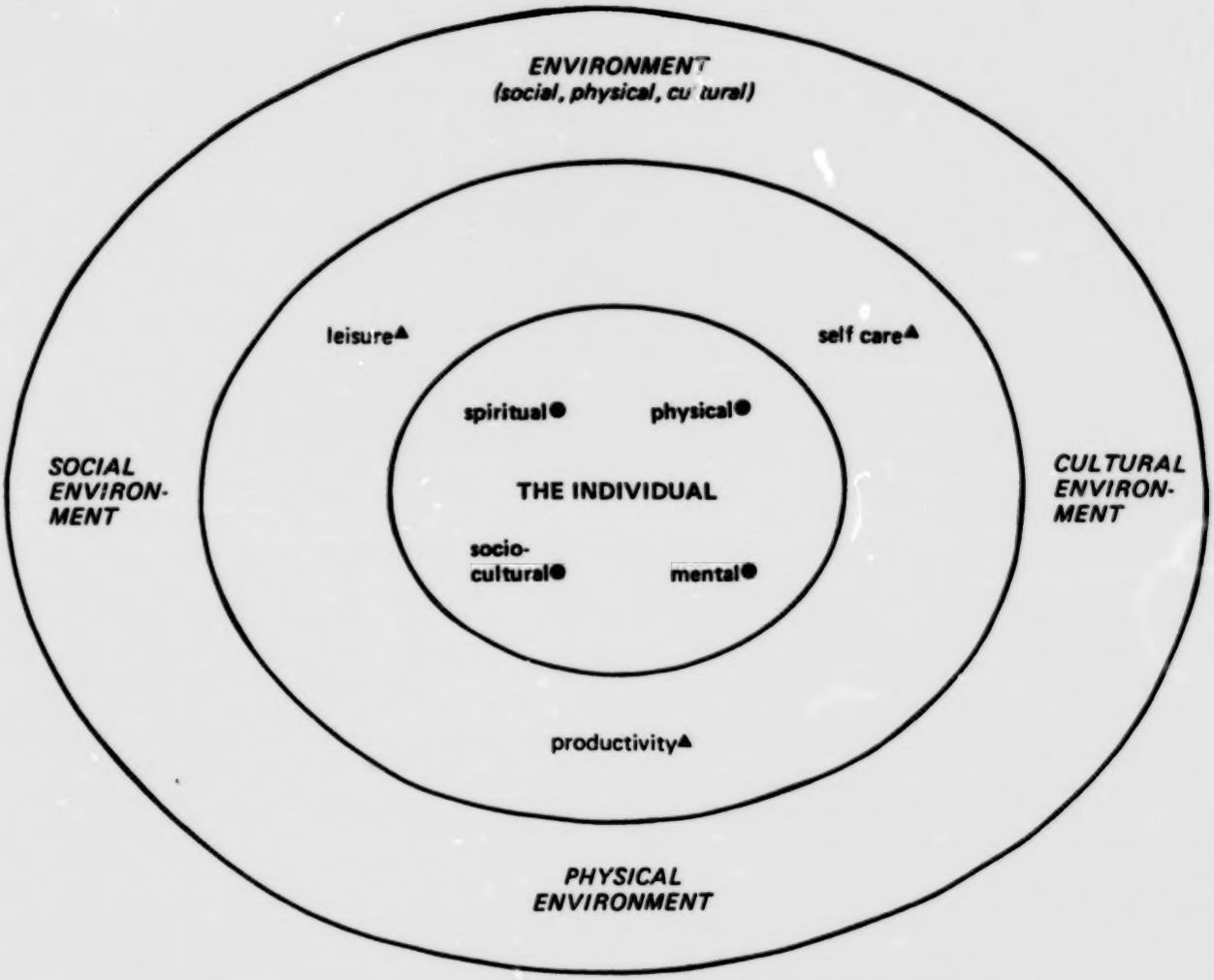

FIGURE 1: INTERACTING ELEMENTS OF THE INDIVIDUAL IN A MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE■

● Performance components
▲ Areas of occupational performance
■ Adapted from Reed and Sanderson, 1980

In reflection of the clearer identity and broader scope of practice, occupationál therapy education now draws on the knowledge and theories of the social sciences, management, education and community development as well as medicine which continues to be a major component of occupationál therapy's knowledge base. Students now develop skills in interpreting referráls, identifying goals and objectives, program planning, evaluation, administration, management and research as well as in the traditional areas of assessment and intervention. Both qualitative and quantitative research methods are being increasingly applied to assessment instrument validation, program evaluation, occupational performance and exploration of all types of professionál issues. Clinicians, administrators and academics within the profession are all becoming invólved, directly or indirectly, in quality assurance and research. Thus through research, the profession is clarifying its identity, validating its practice and increasing its unique body of knowledge which focusses on function and human occupation.

4. TEAM CONCEPT

With the increasing knowledge and information in each field of practice, the team concept of care has emerged as essential for enhancing communication among service providers and increasing the quality of service provided to the client. Team members may be professionals and non-professionals with various types of expertise.

The occupationál therapist may work in a variety of settings which may or may not provide an opportunity to work on an identified team. Where an identified team exists there is a need to clarify the differences between the multidisciplinary and the interdisciplinary approach. The multidisciplinary approach is one in which each discipline interacts individuálly with the client. This often results in an uncoordinated approach to care. In contrast, the interdisciplinary approach is one in which there is clear assignment of specific tasks to particular team members who can in turn request assistance from other members of the team as necessary. This állows for maximum utilization of skills of each member dependent on the needs of the client (McDougall and Taylor, 1978).

In those situations where there is no identified team it is important for the occupational therapist to be aware of the network of professionáls available for consultation. When there is no team support it is imperative that the occupational therapist assume the responsibility of initiating contact with other professionáls as their invólvement is required.

In order to function as effective team members, occupationál therapists must be confident in their own róle and value the role of others. Being aware of the aspects of their behaviour that may affect the team such as válue systems, behaviour patterns, reference groups, knowledge base and self-image is essential and on-going.

As a potential team member it is important to be aware of the necessary elements for an interdisciplinary team to function. The team concept can only exist in an environment where there is support and sanction. There must be commitment from the various management and clinical groups involved. Each team member must participate in ongoing education, understand and actively participate in team development.

It is important to recognize the difference between the team leader and the formal leader. The team leader is assigned the responsibility for finalizing team decisions, delegating, and coordinating functions of the team in order to facilitate decision making. The occupational therapist may assume this role. Authority remains with the formal leader who is often designated by legislation or internal policies. This individual will vary from setting to setting (McDougall and Taylor, 1978).

Occupational therapists involved in an interdisciplinary team should also be aware of the various assets and liabilities of the use of teamwork. The team allows for a wider use of expertise with a more comprehensive range of services. Team consultation permits a review of all problems presented by the client and his family and thus, the focussing of the goals for assessment and immediate intervention. There is an opportunity for participatory learning by all members of the team; a forum for continuing examination and evaluation of team functioning. An opportunity for promoting personal and group growth is available within a dynamic situation.

The participatory democracy inferred by the team concept can be cumbersome and slow-moving leading to less service for clients. Thus, it is essential that there be clearly understood role functions and defined boundaries agreed upon by the team members.

The interdisciplinary team approach is recommended by the Task Force as the most effective method of delivering comprehensive and holistic care to the client. Team members must be aware of their specific skills and how these complement the skills of other team members.

CHAPTER II: INTERVENTION

A. INTRODUCTION

The phrase "a practice profession" has been used to describe occupational therapy and other disciplines whose origins are identified with the tasks they do or services they perform. Their body of knowledge has evolved in an inducive manner, by noting the impact of their skills and techniques in a specific situation and gradually applying them to more and more diverse ones.

In occupational therapy's beginnings there was no clear philosophical statement of the need for individuals to be purposefully engaged, but rather an observation of the effect of meaningful activity on the client's behaviour. This intervention strategy was used to produce behaviour changes which could eventually increase independent functioning.

Intervention in occupational therapy is the process of interceding to affect functional change in occupational performance by the use of purposeful activity. It is influenced by the client's developmental stage, state of mind, current and expected health status, place in time, setting and the resources available. Intervention is only one stage of the occupational therapy process and should not be viewed in isolation from assessment, program and discharge planning, follow-up and program evaluation. Together they represent part of the structure for a model of practice.

B. CONCEPTUAL DEVELOPMENT

A model, according to Reed (1984a) is a device for generating ideas for guiding conceptualizations and therefore generating explanations. To bring order to a model and in particular a model of practice, a frame of reference is needed which sets out its underlying assumptions and concepts. A frame of reference is developed from a philosophical base which is an extension of value and belief systems as well as knowledge. It is a selected collection which sets the parameters for the specific assumptions and concepts upon which the model itself is founded (Reed, 1984b) (See Figure 2).

For example if a behaviourist model is used to evaluate occupational performance, a basic assumption is that behaviour can be affected by external stimuli. Part of assessment and data collection then is to observe the client and identify the external stimuli which are acting as reinforcers. Intervention strategies then use the principles of learning to alter behaviour by shaping, changing, generalization and extinction. Clinically a behavioural model is often employed in the management of a client with anorexia nervosa with the occupational therapist acting as a control agent providing reinforcement and rewards when goals are met.

The actual intervention strategy is governed by the selection of a frame of reference and the application of its principles to meet intervention goals. (See Figure 3) With many clients, there is often more than one goal and as

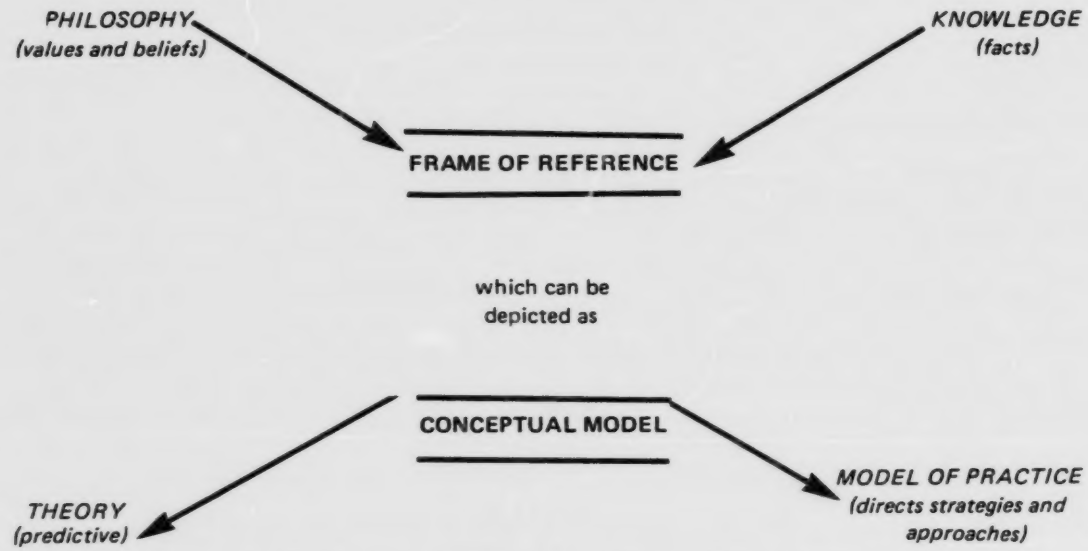

FIGURE 2: CONCEPTUAL DEVELOPMENT

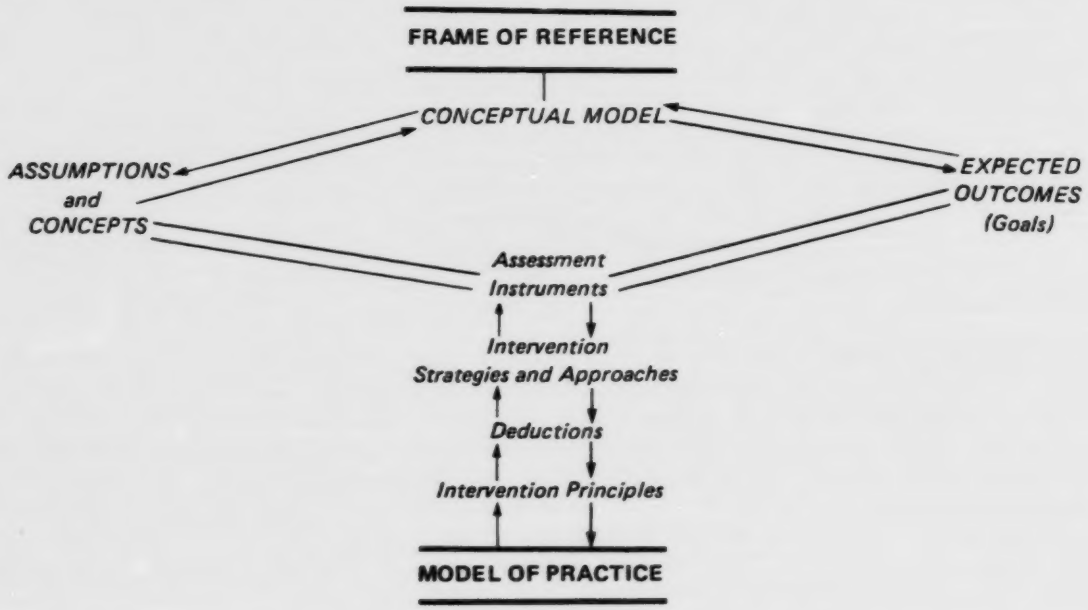

FIGURE 3: MODEL OF PRACTICE

such, a number of performance components may be involved. In order to deal with multiple components, it is sometimes necessary to use a number of different models (Mosey, 1981) to affect change. The depressed client with a stroke needs one frame of reference to alter the mental state (psychodynamic) and another to restore function to a paralysed limb (neurodevelopmental). Strategies of intervention media or modalities to be used, include: creative arts and games in recreational activities; the equipment required; the teaching method - such as demonstration and performance; and the specific approach to accomplish the goal. The latter can include grading an activity from simple to complex to allow for learning, skill mastery and success (Reed, 1984a). The use of specialized techniques is often employed concurrently with a specific approach. Some of the approaches can be applied to a number of occupational performance components and/or areas, while others are very specific.

C. ADAPTATION AS A BASIS FOR INTERVENTION

Adaptation is the process which involves adjustment or change made by an individual to enhance survival and potential function (King, 1978). It is viewed as a central, unifying concept in the client-centred practice of occupational therapy (West, 1984). Adaptation as a central concept in occupational therapy has a long history (Meyer, 1922). It is based on the profession's philosophical assumptions that independence is better than dependence, internal locus of control is better than external locus of control, and individuals have a right to seek a meaningful existence and fulfillment of potential through purposeful interaction (Yerxa, 1979).

In occupational therapy, adaptation is considered holistically. It may involve any area of human occupation in the context of the individual's environment (Kielhofner, 1982). Occupational therapists may intervene to promote adaptation in individuals whose occupational performance in any area of human occupation is at risk or impaired by illness, injury, emotional disorder, developmental disorder, social disadvantage or the aging process.

Adaptation can be seen as both a process and an outcome of client-centred practice. The adaptation process requires a readiness for change and involves analysis of function, problem solving, learning, biological change and decision making through various phases (Fidler and Fidler, 1978). The process of adaptation occurs within the stages of the process of client-centred practice. In consenting to a referral for occupational therapy, a client has begun the adaptation process by outwardly acknowledging that there is a need for help. Clients who consent to referrals for reasons other than helping themselves, or clients who are referred without their consent have other issues to resolve before they can adapt to a permanent or temporary problem. During the assessment and program planning stages, the adaptation process proceeds as therapist and client collaboratively identify problem areas and possible solutions. Adaptation to a disability may be a client goal for those aspects of daily life, such as living in a wheelchair. Adaptation to a new routine or lifestyle, such as communicating differently with family members or completing self-care tasks with new techniques, may allow for problem solving and decision making where there are many options. During

intervention, discharge and follow up, adaptation continues as the client explores the new lifestyle associated with a permanent problem, or attempts to regain past patterns of living after a temporary problem.

Adaptation can also be viewed as an outcome of client-centred practice. The client and occupational therapist collaborate to define goals which represent the outcome of the adaptation process. For instance, adaptation in physical performance may require goals related to biological change such as increasing muscle strength or coordination. Emotional adaptation may involve change in self concept or emotional control. Cognitive adaptation may require the development of new cognitive skills following a head injury or the development of problem solving skills to cope with the disruption in lifestyle of a psychiatric illness. Spiritual adaptation may be a client goal in occupational therapy when the client is having difficulty finding meaning and a sense of value in the face of limitations in fulfilling personal expectations in any aspect of life. The concept of adaptation is inherent in goals related to improving function in self-care, productivity or leisure. Finally, adaptation goals may be linked to the developmental stages of life as an individual attempts to adjust to changes in lifestyle or the fulfillment of life wishes associated with adolescence, parenting, retirement and death.

D. ACTIVITY IN INTERVENTION

Activity is the core of the occupational therapy process (Willson, 1983; Mosey, 1981; Kielhofner, 1985; Reed, 1984a) and therefore is the unique modality used in relation to other health disciplines. Purposeful doing and meaningful engagement are terms that have been cited frequently to describe the experiential process that is inherent in viewing activity in an occupational therapy program (Reed, 1984a). Action or doing is used to facilitate adaptation and to increase skills and competencies in a variety of areas of occupational performance (Cynkin, 1979). Activity is viewed as providing feedback from the non-human environment and the human environment. Through being active, the individual is affected and affects his world, and gains mastery of his environment (Reilly, 1962). Another view is that interaction through activity is fundamental to self actualization in a sense of internal satisfaction and competence (Fidler and Fidler, 1978).

Throughout the literature, activity is central to the occupational therapy process, either as a frame of reference or as a means to explore function, increase skills, or promote adaptation in intervention. Activity is the stimulus to all components of occupational performance and the means by which self-care, productivity and leisure are developed or enhanced. Accepting the basic assumption that man has a need to be engaged, and through his engagement increases his competencies and abilities, occupational therapy then uses activity as a directing and learning experience within the self-actualization process (Fidler and Fidler, 1978).

The term activity may represent specific tasks related to the three areas of occupational performance. Activity may also represent less tangible aspects of human occupation required for a balanced lifestyle or interaction with the environment.

Activities cross sociocultural boundaries and are selected with specific reference to the client's life task roles and the occupational performance goals as derived from assessment. The analysis of the activity identifies the performance demands and has been described along a number of continua: simple to complex, unstructured to structured, flexible to rigid, performed independently or in a group. Any temporal component in the task must be considered in the analysis. The physical, mental, sociocultural, and spiritual aspects of activity all must be evaluated as part of the selection process. In addition to the concrete perception of the task itself, the therapist must be aware of the symbolic meaning of the task and its interpretation by the client.

The activity chosen to accomplish assessment and intervention goals may be classified in a variety of ways (Reed, 1984a). The choice is also a function of the therapist's experience and ingenuity as well as the resources available within the setting. The action should have relevance to clients and fit within their value system and sociocultural background.

E. SUMMARY

Intervention is not an independent strategy applied to alter one of the occupational performance components. It must be congruent with the other parts of the occupational therapy process. The assessment instruments and the tools used in intervention must relate to the expected results identified by the model of practice. In the GUIDELINES FOR THE CLIENT-CENTRED PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY (DNHW and CAOT Task Force, 1983), a frame of reference was more specifically identified as part of the program planning. In fact, the selection of a particular model of practice means that its frame of reference will govern all aspects of the occupational therapy process.

There are many choices in selecting a frame of reference to guide the occupational therapy process, but more and more the literature is identifying occupation, be it in occupational behaviour (Reilly, 1962), occupational performance (DNHW and CAOT Task Force, 1983; Reed and Sanderson, 1980), or human occupation (Kielhofner and Burke, 1980) as a core concept for the profession.

The occupational performance model as indicated in Chapter I gives the reader a symbolic representation of the fundamental concepts underlying occupational therapy. The guidelines for the client-centred practice of occupational therapy provide a model for practice (See Figure 3).

CHAPTER III: FUNDAMENTAL ELEMENTS OF INTERVENTION

Intervention is a complex process that requires a variety of skills and insights to ensure success. However, there are some fundamental elements of practice which override all types of intervention and which must be included in any successful program. These elements do not appear as separate distinct phases of intervention; rather they permeate all specific intervention techniques and must be considered by the therapist at all times. The elements addressed below are: spirituality, motivation, therapeutic relationship, teaching learning process and ethics.

1. SPIRITUALITY

The belief in a spiritual dimension in man presupposes that human beings reflect on the nature and meaning of their lives. Tillich, the Christian existentialist, called it the depth of one's being or being itself. Such reflection has led men and women in all cultures to conclude that our human experience on this planet is surrounded by mystery. There is "something" in human nature that needs to relate to this mystery (Brown, 1985). This phenomenon erupts in most cultures and is satisfied through the practice of a variety of religions or existential belief systems. Fundamental to spirituality, is an exploration and understanding of what life is all about.

The mind-body-spirit paradigm has had long recognition as key to physical and mental health and well-being. These three elemental forces are in a homeostatic relationship so that an imbalance in one has effects on the others. The connection between the spirit and health was a notion far more comfortable to the ancients' minds than our own. Temples were more than centres of worship and ritual but were "centres of healing". The study of most cultures supports this linkage. Contemporary man however may be more reluctant to accept this belief.

Accepting spirit as a fundamental component of man makes it necessary to understand how an imbalance in this sub-system is to be recognized so that its impact on health can be fully understood and impacted. In fact, the therapist must come to understand and accept what is at the centre of the clients' being (spirit) in order to develop a therapeutic relationship, examine motivation and finally engage the client in therapeutic activity.

Lack of meaning of life, spiritual malaise or anomie, is manifest through loneliness, depression, sometimes anxiety and feelings of powerlessness. Spiritual needs are basic human needs and may be expressed through one's need for self-esteem; in other words, that there is value to human life because of its inherent purpose. Man also has a need for the affirmation of his unique talents, gifts or abilities. By appealing therefore to one's sense of worth and those abilities which make one unique and valued, the ground for motivation is laid.

Reduced self-esteem and concomitant feelings of powerlessness lead to diminished motivation. Therefore there is a need to involve clients in the decision making process of their care. That which affirms their worth or spiritual value, becomes the key to motivation and therapeutic engagement.

Having some meaning in one's life, however tenuous, provides hope and courage to break through despair and loneliness often encountered in our clients. In our psychiatric clients in particular courage is most damaged.

It is therefore critical to understand and respect each client's spiritual socialization, belief systems and value orientation before attempting to motivate and intervene. These factors shape life experience and interact with perceptions and actions (Pruyser, 1976). Therapists should offer clients the opportunity to explore the following themes: meaning and purpose of life; suffering and tragedy; self-esteem and personal dignity; guilt and forgiveness; healing and inner peace; joy and celebration; freedom, responsibility and personal courage; loneliness and the need for affection, intimacy and community (Brown, 1985).

As the spiritual dimension is largely unplotted territory within our professional practice, and is highly personal and emotionally charged, there are caveats. One must be cautious in exploring this area but its significance cannot be ignored. As with other performance components, the spiritual component must be assessed and acknowledged in planning and implementing interventions. Because of our relative lack of knowledge of the area, instruments are not available to evaluate spiritual health. Simply begin by asking, "What sense do you make of your life?"

Meeting spiritual needs entails communication with a client at a level more profound than the verbal. It takes place in the context of a warm human relationship and when appropriate, involves the use of touch as a means of "reaching out" to the client. It has been recognized that the use of humour, laughter and music, are some of the methods by which communication on a spiritual level is achieved.

Maslow's hierarchy of human needs begins with the basic need for food and shelter and proceeds to self-actualization. Many clients are and will remain on the first basic step. It is encumbent on us to explore meaning in life issues and basic life needs because self-actualization and productivity by modern society's standards are not always within their capacity.

2. MOTIVATION

Motivation is considered a key element in the success of any therapeutic intervention to the point that failure or mitigated success may be often attributed to lack of motivation in the client. Therefore, in order to assure the realisation of therapeutic objectives, it is widely recognized that the therapist must help stimulate motivation within the client.

What then is motivation? Many theories have been elaborated to explain it and each will define it according to its particular premises. Since the Task Force's intent is not to enter this vast debate, an attempt is made to examine this concept in a practical way, and in the context of health service delivery. One might say that motivation is the dynamic or inner force that brings a person to act according to a sense of purpose and direction in life. Operationally, the motivated client participates in decision making, is active in therapeutic endeavours, is eager to maintain physical and mental activity and seeks autonomy. This behaviour typifies only the ideal and exceptional client; the majority have lost a part of their body or use of it (Simon, 1971), or are suffering impairment of psychological and social function. Their body image is negative; they have lost confidence in themselves, in their physical and psychological capacities (Shontz, 1978). This occurs more often in older clients who have experienced many losses over time.

As a rehabilitation service, occupational therapy is unusual in two respects. First, because it involves the client in activities related to his world and life roles, where loss of function has occurred, it can confront the client's self-concept forcing the client to reconsider important plans and hopes. Second, because it requires the client to perform as an agent it challenges the passive "patient" role as no longer adaptive. The amount of conflict experienced by the client confronted with the demands of occupational therapy will depend on the level of psychological adjustment the client has attained. This conflict is often identified as a "lack of motivation" in the client (Heijn and Granger, 1974). Occupational therapists must be sensitive to this type of obstacle to engagement in active therapy, and with other health care professionals assist the client to develop mastery of the painful feelings associated with the loss of function.

Occupational therapy's particular answer to this problem lies in the intrinsic motivation provided by purposeful activity. In everyday life, people engage in activities of work, leisure and social interaction because they provide basic satisfactions necessary to mental health, such as self-esteem, group acceptance, adequate sensory stimulation, social intercourse, opportunity for making decisions and taking responsibility (Ibbotson, 1975).

According to Florey (1969), purposeful activity provides an effective motive in that it provides a sense of accomplishment through mastery, leading to more competent behaviour. Therefore activity that is meaningful to the client becomes a link to reality not only of the loss sustained but also of the residual capacity and the adaptive potential.

The challenge for the occupational therapist who needs to engage the motivation of the client is broad. The therapist must thoroughly assess and understand the host of factors influencing the client in his world and his motivation to act, the impact of illness or disability, and the meaning of activity in terms of life roles and self-concept. The meaning of the activity, may be quite different for the client than its therapeutic suitability suggests and constant reassessment will be essential. It is particularly important to differentiate poor motivation from dementing and depressive illness whether reactive or endogenous.

In intervention, the occupational therapist must act on two levels: affective and cognitive. It is necessary to provide the client with opportunity to express and acknowledge feelings about disability and its meaning in his own life; explore viable options; develop awareness of feelings or emotional states that impair or prevent use of coping behaviours. At this stage, the client needs support which can be provided by the occupational therapist and other members of the therapeutic team to enable him to establish the therapeutic alliance with shared responsibility for change.

Activities must be chosen carefully "to develop latent qualities and inspire a sense of purpose" (Clark, 1978), and maximize opportunities for decision making and success (Steger, 1976). The attitude must be of positive reinforcement in helping the client define progress and establish further goals.

Motivation is not acquired once and for all; it will require constant reassessment and readjustment between hope and reality. A good knowledge of the client's existential or spiritual values, understanding of his feelings and a strong therapeutic relationship are instrumental in assessing, inspiring and maintaining the client's motivation to attain the best level of autonomy possible.

3. THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP

The therapeutic relationship is, along with the use of activity, one of the most important and powerful tools in client-centred intervention. Because of illness or trauma, the client needs competent help physically and emotionally - an intervention that calls for knowledge but also for active support. Whatever the procedures, they will be significantly influenced by the emotional atmosphere permeating their application and the attitudes and expectations that the client holds for the therapist.

Therefore the therapeutic relationship can be seen as a goal-directed interchange leading from constructive dependency to functional autonomy. It is more than a business relation; it is personal and therapeutic yet not social or intimate. The four factors for consideration are the following: the protagonists, foundations, process, and teaching learning process.

(a) The Protagonists

On one hand, clients experience a loss, fear of the unknown and possible social stigma attached to incapacitating illness or handicap. They hold religious or philosophical beliefs that convey a specific significance to illness and carry the values of this societal environment regarding health and self-sufficiency. On the other hand, the therapist has a conception of health and illness, a knowledge of the clients' symptoms and prognosis, and a preconceived idea of their problems. The therapist also has certain skills and experience, and a desire to help.

(b) Foundations

The therapeutic relationship rests on the following elements:

(i) constructive dependency of the client, based on acknowledgement of a need for help; expression of this need; and acceptance of the need to establish a temporary bond with a person providing service;

(ii) trust of the client toward the occupational therapist who demonstrates self-confidence and honesty, arising from awareness of limits pertaining to self and to intervention techniques;

(iii) trust of the occupational therapist for the client's personal resources;

(iv) self dependence in the client (confidence in his own potential and readiness to seek creative solutions to difficulty) which may not be present at the onset of the relationship but can be developed;

(v) collaboration through good communication and acceptance of responsibility;

(vi) genuine concern, a non-judgmental attitude, empathy and caring on the part of the occupational therapist (ie the occupational therapist can imagine what it is like to be in the client's position without being overwhelmed with the inherent feelings); the therapist feels responsible for attending to the client's needs, knowing what is important to him as a person and respecting his needs and value system;

(vii) good knowledge of self as a person and as a therapist; the need for satisfaction in using professional skills has to be recognized, as well as the potential and limits of self in order to differentiate between one's own needs and those of the client; and ability to set realistic goals and adopt appropriate attitudes and behaviour to foster the client's growth.

(c) Process

There are three phases in a therapeutic relationship: the initiation; the working phase; and the termination.

The therapeutic relationship develops between the first encounter and intervention planning. This event does not lend itself to definite and precise timing. This phase is one of orientation in which the participants learn to know each other. The therapist gathers as much information as necessary to feel at ease in dealing with the client, listens actively to the client's expression of feelings and needs, utilizes the appropriate assessment tools, conveys acceptance of the client as a total person and forwards enough information for the client to consent knowingly to the proposed interventions.

The working phase is marked by an involvement on the therapist's part which creates expectations; it is goal-directed toward the client's self-understanding and self-responsibility. In this process, the occupational therapist is a mirror or a sounding board helping the client develop awareness of his emotions, perceptions of self and of reality; a model for identification; and a source of gratification in providing the client with the experience of a positive relationship, of being understood and cared for. It involves anticipating the degree and type of response that will help the client grow (Fidler and Fidler, 1963). This constructive use of self (Purtilo, 1984) can only occur through the maintenance of professional distance and the creation of appropriate closeness. Professional distance is to be understood as a reserved attitude in which professional and personal qualities complete each other to create a feeling of availability, readiness to help, and a desire to know the person as completely and objectively as possible. It also encompasses the capacity to evolve freely, but appropriately, on the continuum between distance and closeness. Respect of the client's notion of distance is of primary importance throughout the relationship. The interaction must always be structured by the occupational therapist so that the dignity and emotional comfort of both therapist and client are preserved. The creation of closeness is achieved through honesty in self-disclosure which is necessary to the pursuit of the intervention but kept within limits allowing mutual respect. The therapist must acknowledge to the client recognition of his emotions, and when appropriate, accept or even foster their expression in the course of intervention. Likewise the therapist may convey feelings and opinions as they relate to the situation. At all times, the occupational therapist is responsible for defining the limits of the relationship in setting and time and for clarification of perceptions of this relation. Whenever the client's behaviour is felt unacceptable, the therapist can make the client aware of it through consistent feedback.

A helping relationship is not really therapeutic unless it is terminated satisfactory, without regrets, at a time when there is no further benefit arising from it. Ideally this occurs when the client has reached the optimal level of physical and emotional autonomy. Of course termination can be prompted by uncontrollable external events. In any case, preparation should always include talking about termination and a gradual withdrawing of the occupational therapist's involvement with the client.

(d) Pitfalls

The achievement and maintenance of a therapeutic relationship requires a good knowledge of self and of the client as well as sensitivity to different means of communication to avoid or control the inherent difficulties.

The therapeutic relationship is always influenced by previous experiences with meaningful others. Sometimes this has left the client with feelings and expectations expressed in behaviours not always appropriate to the present. If the occupational therapist is unaware of these previous experiences, there may be reactions to those behaviours which prevent communication and preclude further development, unless this is worked through.

The client may unconsciously gain so much from the present situation that any attempt to foster a mature relationship leading to change is doomed to meet with strong resistance.

There may be, on the part of the client, an overwhelming number of problems with the major one being hidden. One has to bear in mind that the expressed needs are not necessarily the most important ones and that some exploration is required in order to establish priorities. The client may inadvertently avoid mentioning important facts for the evolution of the relationship and of the intervention, and the therapist may react with anger.

The therapeutic process may be diverted if it focusses more on the gratification of the therapist's needs than on the client's, as can happen to a therapist who relies mostly on work to satisfy basic human needs.

A therapeutic relationship is "achieved when the interchange between people has led to an expectation of positive interest and good intentions toward each other" (Fidler and Fidler, 1963), when a workable knowledge of each other and mutual trust has been attained to pursue realistic goals (short or long term). The therapeutic relationship applies to groups as well as individuals, the challenge relying here on making each participant feel like an individual. In any case, the end result should be more autonomous clients, fully aware of their possibilities and limits.

4. TEACHING LEARNING PROCESS

The teaching learning process represents a specific type of relationship between the therapist and the client. In this aspect of the relationship, the role of the therapist is to stimulate client learning in the adaptation process. Learning may involve developing problem solving skills, acquiring new techniques for functioning or gaining new attitudes towards self. The therapist stimulates curiosity, openness and risk-taking to enable the client to accept and try new ideas and methods (Fransella, 1982).

Use of the teaching learning process is based on learning theory which outlines assumptions on human learning. For instance, individuals are considered to learn best through doing when action is relevant to the individual's experience and life situation. Learning implies acquiring the ability to apply knowledge in new situations and to make independent decisions. Learning styles are individual so that the approach offered by a therapist to a client should be flexible and adjustable to meet the individual's needs. Learning involves receiving continuous feedback to allow the individual to gauge progress and to develop positive self-concept through opportunities for success and enjoyment (Milhollan and Forisha, 1972).

Although the use of learning theory is not limited to occupational therapy practice, its application is unique in combining the use of daily life experiences and activities as the medium for learning, the use of real life or simulated life settings rather than a classroom or office, and the involvement with disabled, disadvantaged or at-risk populations.

The use of the teaching learning process has been identified in both occupational theory and practice as one of the legitimate tools of occupational therapy intervention in both direct and indirect client-centred practice (Reed and Sanderson, 1983; Mosey, 1981). In applying the teaching learning process, occupational therapists use a wide range of learning theories and methods. In a direct use of the teaching learning process in intervention, therapists may use behavioural management techniques to teach appropriate work behaviour to individuals who have a mental handicap (Goldstein, Gershaw and Sprafkin, 1979). Using a psychoeducational approach, therapists may promote understanding and the development of communication between people recovering from a psychotic illness (Lillie and Armstrong, 1982). Therapists may promote self-directed learning as consultants or facilitators to self-help groups (Biehler, 1981). In indirect client-centred practice, families of clients may be part of the teaching learning process when they become involved in problem-solving to adapt a home for wheelchair living (Wittmeyer and Stolov, 1978). Therapists may also teach others, such as nursing aides, about working with the disabled (Lehman and Vargo, 1979). Thus, approaches to the use of the teaching learning process may follow specific frames of reference or general learning theory to reflect the learning styles of clients and preferences of therapists.

5. ETHICS

(a) Introduction

A holistic view of man based on humanistic values and including a social support system seems to be a required framework for today's social health needs. In a society that values self-help (by economic and/or social choice) occupational therapy client-centred intervention is timely but not exempt from ethical dilemmas, considering the pressures for quality assurance and cost control. Being responsible to the client does not preclude obligations to administrative authorities, professional peers, the profession and society. A profession's existence is justified by its competency in utilizing its unique body of knowledge and by the values and ethics it professes. The values of a client-centered approach were stated in the first report of the Task Force. Some values like quality of life of the individual, may conflict with those viewed in societal terms, such as productivity, or achievement related to differences in age or status. In order to emerge from the dilemma of conflicting values and multiple obligations to the client (administrative, legal and societal) the occupational therapist must rely on a code of ethics. The formal and informal codes of ethics exist within the professional associations and are the primary blueprints for professional behaviour. Other codes are those established by provinces, agencies and institutions.

(b) Definitions

Ethics can be defined in sociological, religious, and/or in philosophical terms. Philosophy identifies what behaviour "ought to exist and will not change", with differing philosophies emphasizing different requisites. On the other hand, sociology identifies behaviour that "exists". Different

societies and cultures emphasize different attributes as being ethical, at different times. For example, until recently in Canada, it was considered unethical to inform a patient of the content of his medical chart; today access to this information is part of the fundamental rights of a person. It can be seen that morals and ethics stem from society's value system current at the time. Even though morals and ethics change according to time and place, they do set a guide and exert a pressure on individuals for expected behaviour - ie "what ought to be done". And occupational therapists, as members of Canadian society in the 1980s, practise in accordance with the prevailing system of values, which are translated into rules of behaviour (CAOT 1983).

This mode of analysis of human behaviour is the classical normative approach and was originated by William Graham Sumner as early as 1907. The following quotation reflects the struggle Sumner went through in trying to coin a new word for normative behaviour - ending up with "folkways" (Davie, 1963).

> 'Ethology' would be a convenient term for the study of manners, customs, usages, and mores, including the study of the way in which they are formed, how they grow or decay, and how they affect the interests which it is their purpose to serve. The Greeks applied the term 'ethos' to the sum of the characteristic usages, ideas, standards, and codes by which a group was differentiated and individualized in character from other groups. 'Ethics' were things which pertained to the ethos and therefore the things which were the standard of right. The Romans used 'mores' for customs in the broadest and richest sense of the word, including the notion that customs served welfare, and had traditional and mystic sanction, so that they were properly authorative and sacred. It is a very surprising fact that modern nations should have lost these words and the significant suggestions which inhere in them. The English language has no derivative noun from 'mores' and no equivalent for it. The French 'moeurs' is trivial compared to 'mores'. The German 'Sitte' renders 'mores' but very imperfectly. The modern peoples have made morals and morality a separate domain, by the side of religion, philosophy, and politics. In that sense, morals is an impossible and unreal category. It has no existence, and can have none. The word 'moral' means what belongs or appertains to the mores. Therefore the category of morals can never be defined without reference to something outside of itself.

An ethical dilemma occurs when two sets of values infringe on one another. In order to solve such an issue, one must be able to objectively examine the situation and gather the relevant information, identify the dilemma, make a decision on a course of action and carry it through. One should be aware that an ethical judgment may be influenced by cultural differences, past experience, personal psychological functioning, misapplication of general principles, or intellectual confusion. The decision must be made taking into account the possible results of the course of action which may entail

sacrificing some values to the profit of others. Such a procedure requires competence (technical and ethical), personal qualities and attitudes and a set of guidelines for behaviour.

(c) Professional Competence: Technical and Ethical

Technical competence, acquired from recognized academic and clinical education and maintained throughout clinical practice (by continuing education) in order to "offer a service that is of significant social value" (Purtilo and Cassel, 1981), is but one ethical standard. By itself it is not sufficient to make an occupational therapist a full fledged professional. There is need for a higher order of considerations.

Ethical competence reaches far beyond technical competence "to a sense of honesty in dealing with colleagues and clients, a sense of the goals of one's work, and a sense of duty to uphold the standards of the profession as well as duty to act on behalf of the client ..." (Purtilo and Cassel, 1981). This level of professional competence (technical and ethical) is achieved through socialization within the profession or assimilation of the value system of the profession by contact with its members. To be successful this process is dependent on the individual therapist's system of values and attributes.

Such a system of mores requires the occupational therapist to place a high value on: a capacity for brotherly love expressed by genuine desire to help; a democratic and universalistic approach reflected in a feeling of respect for human dignity, uniqueness of the individual and fundamental rights; a capacity to express compassion, caring and empathy; truthfulness; objectivity based on a sound judgement; and humility in decision-making (keeping the case in the realm of one's own competence or seeking the necessary but missing information).

(d) Responsibilities of the Occupational Therapist

The main obligations of the occupational therapist are towards the client, the profession, the hiring institution or agency.

(i) To the Client

Upon referral, the client should be seen as soon as possible and informed of the services available; he should be assessed diligently. A formal contract for intervention is not necessary but the occupational therapist must strive for informed consent and form with the client a therapeutic alliance based on consensus over realistic goals for intervention. Being part of the decision-making process enhances the assumption of shared responsibility in relation to the care received.

The client is entitled to confidentiality and continuity of caring, whatever happens in the development of the therapeutic relationship. The client should be notified of times of absence of the therapist; if intervention must cease before completion, the responsibility is transferred by mutual consent to another therapist.

Cessation of intervention should occur if and when functional independence is attained. After completion, the occupational therapist should provide a reasonable amount of follow-up, as agreed upon with the hiring institution. If intervention is deemed, by either the client or the therapist, to be ineffective, the therapist has an ethical responsibility to acknowledge limitations and to discuss the situation. If no therapeutic advantage to continuing contact can be ascertained, contact should be terminated.

In case of conflict or difficulty in allocating time and services to different clients, the only ethical grounds for differential treatment is the degree of need.

In order to provide the best quality of care in an efficient manner, the occupational therapist must be and remain competent, and maintain an optimal level of physical and psychological health.

More generally, the occupational therapist should profess advocacy for health, better treatment and the rights of the client.

(ii) To the Profession

Being a member of a professional group does not go without duties. Loyalty to the profession can only enhance the quality of service provided to the client. Thus, whenever the occupational therapist is acting in any way in the profession's specialized capacity, the code of ethics of the profession must be upheld.

The occupational therapist must provide psychological and scientific support to peer professionals; any valuable knowledge acquired through practice or research ought to be shared.

The occupational therapist must submit gracefully to peer review whenever required and do peer review with a thoughtful and compassionate approach.

Whenever an occupational therapist becomes aware of a breach in professionalism by a fellow therapist, tactful and appropriate action should be taken to put an end to it.

At all possible times, the occupational therapist should foster a better awareness of the services provided by occupational therapy.

(iii) To the Hiring Institution or Agency

Occupational therapists are accountable for maintaining the professional standards pertaining to their field while responding to the philosophic and economic imperatives of the institution. They agree to administrative authority and respect the rules and regulations of the institution within the realm of the job description or the terms of the contract established between themselves and the institution or agency.

Whoever the occupational therapist is responsible to, "the application of knowledge is basically an individual act ... in the sense that the individual professional has the ultimate responsibility for his professional decision" (Etzioni, 1964).

Working for an institution, agency or privately, the occupational therapists must refer to the code of ethics of their association or licensing body and since health care is a provincial matter, refer to the laws regulating health care in the province where they practise.

Professional conduct must then take into account the values articulated in programs and in interprofessional models of care, as well as a preoccupation for providing cost efficient services.

In case of conflict between values defended by the profession and employer practices, a report must be addressed to the appropriate bodies. Because two value systems exist, bureaucratic and professional conflicts inevitably occur.

Special attention must be given to professional and ethical behaviour by the increasing number of therapists engaging in private practice, or working in isolation.

(e) Conclusion

Occupational therapists practise according to a definite set of professional values and a code of ethics. However, the organization of care sometimes gives rise to ethical dilemmas, requiring sound judgment based on competence, personal qualities and attitudes. General guidelines pertaining to the responsibility of the occupational therapist to the client, to the profession and to the hiring institution were established to assist the clinician in making the difficult choices between conflicting demands and values.

Fostering self-help has always been a major goal in occupational therapy. From a systems point of view, this might not be enough or realistic considering the clientele of occupational therapy. The best might be to foster interdependance, using optimal capacity and supporting the resources (subsystems) of a greater system; these resources may be found in the community where occupational therapy intervention is extending itself more and more, but also within the institution through interprofessional cooperation. Therefore the occupational therapist has to be, as Fuch (in Rehr, 1978) points out, "system-rational and accountable therein".

CHAPTER IV: SPECIFIC INTERVENTION GUIDELINES

1. PREAMBLE

As stated in Chapter II, one of the main underlying assumptions of occupational therapy is that activity will facilitate adaptation and change whereby man can enhance and develop his occupational performance and master his environment. The use of practice situations and particular techniques to facilitate this change process is the intervention stage of the occupational therapy process.

Health practice models have as a fundamental goal the changing or modifying of the human structure, function or behaviour. As the primary action of practice, intervention is dependent on the selection of modalities and media to affect change (Reed, 1984a). Methods and techniques suggest specific tools in order to accomplish the goals.

Having developed a specific program plan and selected the particular frame of reference appropriate to modifying dysfunction, specific goals are set for the intervention process (DNHW and CA0T, 1983). Other considerations are the need for individual or group treatment, time and frequency of the occupational therapy sessions, and who will carry out each of the particular steps. A specific milieu will be determined and the therapeutic activities selected. It is also important that all other resource materials required are identified and noted to be available. Considerations for reevaluation and the cost effectiveness of the process also have to be determined.

2. GOALS AND OBJECTIVES

A number of factors contribute to the selection of the goals of intervention. First and foremost, they must follow from the assessment data, but also they must reflect the client's value system and be appropriate to the developmental and task demands of the individual's life stage. Dysfunction itself cannot determine the goals for intervention. They must be stated in relevance to the individual for his particular needs.

Various authors (Reed, 1984a; Kielhofner, 1985) have identified specific considerations when selecting goals. No matter which method is used to select goals, the intention is to facilitate the decision making process by the therapist and the client so that optimum function can be achieved relevant to clients' needs and environment. Each situation is unique and must be analyzed accordingly. The determination of what the particular priority should be in goal setting is a function of the interaction of the individual, his values, his life demands, his resources and the expertise and resources available to the therapist.

Goals should be stated in the form of the direction and the action that they take. Though there are many ways in which these actions and directions may be generally classified, those used in this text are to restore, maintain and develop function and to prevent dysfunction. These key words dictate the goals of intervention. Any one may be an independent undertaking or, as with most clients, there is often more than just one focus. Though the expected outcome for an individual focus is different, the technique and modality used for each is similar.

Objectives are drawn up in order to implement goals. Objectives should be specific measurable activities which will progress the client toward goal attainment. Flexibility in the program is necessary to allow for change as it occurs. There is a need for constant reappraisal of the goals and objectives and the clinician's professional judgment becomes an important element within the process.

3. COORDINATION AND LIAISON

Because occupational performance involves interacting with the environment, clients often need services and contacts with other resources in order to meet all intervention goals and objectives. Linking the services or people with whom the client is involved is critical for effective integration or re-integration of the client into his community. This liaison and coordination role is one that occupational therapists have played to develop a comprehensive program or to coordinate strategies, procedures or schedules on the intervention plan. It is only recently that this role function has been formally identified as a component of client-centred practice (Reed and Sanderson, 1983). This liaison and coordination role played by occupational therapists is an outgrowth of theoretical and practical background which prepares them to interact with the fields of health, social service, labour, education or any other setting in which clients function.

Liaison and coordination may be a direct client-centred role in which a therapist assists a client to form a link or become involved with a person or agency which can help the client fulfill self-care, productivity or leisure goals. For example, a therapist may help a client to develop a plan of action or to role play a situation which the client finds difficult to initiate. Indirect client-centred liaison and coordination may involve the therapist in working with an agency which is providing financial support to purchase a client a wheelchair or which can offer a client a social support program in the community.

4. SPECIFIC INTERVENTION GOALS

Restore function: Restoration is the process used to assist clients to regain, relearn, or readapt their functional performance to its maximum competence level. Complete restoration is usually not possible, so program planning and treatment goals must be realistic with the client's desire for and potential level of independent functioning. By changing treatment modalities and techniques, the client can learn new skills, adapt new behaviours, and where possible change his environment to meet the desired life style requirement.

Restorative intervention techniques are most commonly undertaken in acute and active rehabilitation settings. Caseloads include individuals with disabilities resulting from traumatic injuries, initial stages of a disease process, acute neurological, orthopedic and psychiatric conditions, as well as exacerbations of chronic disorders such as arthritis. The assessment and evaluation of clients' occupational performance and performance components are completed to determine if a return to previous functional levels is realistic. If the findings are such that restoration is not possible, then another goal may be selected, or intervention terminated.

Maintain function: Maintenance is the sustaining of the residual capacity of the individual so that the occupational performance in all areas can be supported at a realistic level. It is non-remedial and concerns itself with providing opportunities over the long term for small improvements in the quality of the client's life or providing a comforting and caring environment (Woodside and Mercer, 1983). Where independent living is not feasible, maintenance attempts to protect and sustain existing skills. More holistically, the focus of these programs are to maintain behaviours and an orientation to a style of life which is desirable and healthy for the client (Woodside, 1984).

Maintenance service models may be direct or indirect. The occupational therapist may work with the client on an intervention strategy which uses skills or a model of counselling and education to maintain the quality of life. Frequently the occupational therapist acts as a consultant to other health care providers in the auxiliary or long term care setting. Maintenance intervention should be directed to those populations for whom restorative or developmental foci of rehabilitation are not realistic goals.

Develop function: Intervention that focusses on development is concerned with facilitating gradual learning of new skills or the organization of sub-skills for a particular task. Clients served in these programs most often have not learned or developed skills and abilities appropriate to their age levels or their social roles. Developmental programs are offered across the life span and dysfunctional areas (Reed and Sanderson, 1983). The goal within these programs is that each new gain will enable the individual to progress further functionally in a sequential way.

Prevent dysfunction: Throughout the literature, prevention is usually divided into three categories: primary, secondary, and tertiary. (Caplan, 1964) In most intervention strategies used (restore, maintain, or develop), there is also an element of prevention as one of the basic components. As occupational therapy is oriented to lifestyle and the effects of the environment's demands on the client's quality of life, it is natural that prevention programs are present in most settings. Last (1980) has said that prevention is inseparable from treatment and cure. More so than any other major intervention goal, prevention requires a range of services, working directly with the client and his physical and social environment (Reed and Sanderson, 1983). Occupational therapists contribute to modifying a health threatening lifestyle by restoring or developing or maintaining health

patterns of work and play. No matter the population to be served or the areas that a prevention program will be offered in, there are three principles that should be remembered (DHNW, 1981).

1. Prevention is an attitude and therefore, effective manoeuvres can be developed and cultivated.
2. Prevention is for and by everybody.
3. Prevention is simple and need not be expensive.

As the orientation to health care focusses more on prevention and health promotion, occupational therapy's contribution to this area will expand.

5. KEY STAGES AND COMPONENTS

Intervention is the implementation of the program plan and the core of the occupational therapy process of practice. It is the end product of the gathering of relevant information regarding the problems and needs of the client (assessment) and the planning of the therapeutic programs to restore, maintain, develop function or prevent dysfunction. Intervention has also been described as the testing of the validity of the assessment findings and the skill of the occupational therapist to carry out the treatment plans (Hopkins and Smith, 1983).

The specific intervention guidelines described below stem from those identified in Appendix A and are illustrated in the case study presented in Chapter VIII of this report.

The following are the key stages and components of the specific intervention process.

(i) *The therapist should implement the program according to the program plan.*

In implementing the program, the therapist should incorporate the concepts of adaptation and activity, the fundamental elements and the intervention goals discussed in Chapters II, III and IV of this document; the therapist should also be able to identify the model, frame of reference, strategies and approaches used in intervention.

Priorities for program goals and client's needs should be set by the occupational therapist in collaboration with the client and the rest of the team. This priorization of the client's intervention is effected by time, staff, equipment, urgency and efficiency. Possibly, the client's most urgent problem should be treated first, as achievements may be quickly seen. This could enhance the client's confidence and relationship with the therapist.

The occupational therapist should organize the scheduling and gathering of required personnel, equipment and work space for the intervention program.

The intervention directed by the occupational therapist or by supervised technicians, aides or students, could take place in a group or individual setting.

The occupational therapist should establish rapport, provide a therapeutic environment and offer activity instruction, supervision and follow-up so that successful engagement of the client can occur.

The intervention techniques and the environment should be safe so there is no danger of further damage to the client's function.

The occupational therapist should be aware of the dimension of time as it relates to managing the intervention. The factors affecting this time are the client's problems and energy, the scope of the goals, the activities chosen, the frequency of intervention, and effective management. Excessive intervention time is both unfair to the client and an inefficient use of health services.

Throughout the intervention process the cooperation and interaction of the team members, including the family or significant others is essential to the achievement of the desired goals.

(ii) *The therapist should document the occupational therapy service provided and the individual's progress toward the goals at a frequency recommended by the service.*

The occupational therapist should record the process and outcomes of intervention. The documentation should demonstrate what the therapy is doing and results obtained (Reed and Sanderson, 1980). This information should be recorded separately from other occupational therapy notes such as the assessment and program plan.

The review of health record documentation has become a major quality assurance activity in health care institutions and agencies. Utilization review, insurance and legal requirements as well as research data also require competent and reliable information from the health record.

Criteria should be set for the method of health record documentation for the service. It should reflect current developments in documentation procedures such as goal-oriented or problem-oriented records (POR).

Where appropriate, the Canadian Council on Hospital Accreditation Standards for health record documentation should also be incorporated into the criteria, as well as policies on confidentiality, the requirements of the client's record, provincial legislation requirements, access and filing to the health records department, time limits and signatures.

(iii) *The therapist should regularly (or as determined by the service) reevaluate and document changes in the individual's occupational performance and the performance components of those skills.*

The reevaluation of the client's occupational performance to provide the "checks and balances" on the setting and carrying out of the program planning should be done regularly (Reed and Sanderson, 1980). Reevaluation involves the same process as in the initial assessment. The process includes gathering information, and analyzing data. Reevaluation should be initiated as soon as intervention has begun and reviewed again at periodic intervals set by the service. With acute client problems, this could be as frequent as daily. Reevaluation information should be recorded in the progress notes and shared with other team members.

The occupational therapist should ask what changes have been observed and what goals have been achieved. When these have been answered, the occupational therapist should decide to continue with the program, modify the program, or terminate the program. The occupational therapist should recognize the parameters and limitations of occupational therapy and this should be communicated to the team.

(iv) *The program plan should be modified in accordance with these changes.*

Modify the program plan by changing: the goals, the frame of reference, the activities, the time and frequency of intervention, the equipment, personnel or space. Other services may also be identified for client referral. The modifications to the program plan and intervention need to be documented and reviewed by the team, especially the client and his or her family.

(v) *The therapist should communicate at regular intervals (or as determined by the service) with involved professionals and family/significant others.*

Communication with other team members can be written or verbal and informal or formal. Community workers, teachers, clergy and employers can be included as team members beyond the core group. It should be defined how the formal and written communication is to be carried out, including its regularity. As well, there should be documentation stating to whom the information can be given when it relates to provincial legislation governing release of information.

(vi) *The therapist should review and refine the discharge plan.*

The discharge plan is linked to the process of intervention as the end of a natural course of events. Failure to plan a client's discharge could nullify all achievements in the client's progress.

The team should be involved in the review and changes made to the discharge plan. The clients and their families should be involved in the developing of the discharge plan through the intervention process. The discharge plan should be recorded separately from the intervention documentation.

CHAPTER V: SPECIFIC DISCHARGE GUIDELINES

1. PREAMBLE

Discharge guidelines are illustrated in the Case Study in Chapter VIII. They stem from the guidelines identified in Appendix A. The discharge plan should be co-ordinated and be based on stated policies.

Discharge is the point of cessation of active intervention. In settings where the term "discharge" is not used, cessation of active intervention may be described as termination, case closure or other similar terms. In this document cessation of intervention will be termed "discharge".

Discharge planning ensures a smooth termination of intervention; however this process is not always a formalized one. There may or may not be policies or personnel in place serving this function. The co-ordination may fall to an identified discharge planner, the team leader or a designated team member. Where the individual has been the recipient of multiple services, a co-ordinated plan is desirable.

Discharge is not a phenomenon associated with the termination of services from a hospital or institutional setting alone. It may relate to any setting wherein occupational therapy services are provided ie agency, home visiting, or nursing home. There may or may not be follow-up services available at this point.

2. KEY STAGES AND COMPONENTS

Following are the key stages and components of the specific occupational therapy discharge process.

(i) *The therapist should terminate services when the individual has achieved the goals or when maximum benefit has been derived from occupational therapy services.*

The process of discharge planning begins when service commences and is modified over time according to client requirements and available resources. Therapists should recognize the limitations of the individual, the service and themselves. When acute intervention goals can no longer be supported, service should not proceed. The difficulty of separation must be acknowledged and recognition given to whose needs are being best served. The decision to discharge may pose a professional dilemma as the client may be able to benefit from further service but the criteria of the setting may prevent this.

The occupational therapist should play an integral role in formulating the discharge plan and executing many of its recommendations. The occupational therapist should suggest appropriate community resources which will promote community living skills and maximum functioning.

Since many clients have unmet needs following discharge, the therapist may have a liaison and coordination role in arranging for and linking the client to these additional services. These indirect service components of occupational therapy are especially significant at the discharge stage.

To facilitate a smooth transfer from one setting to another, for example, from long-term care, the therapist may need to visit the new setting. At the very least, discharge requires that the therapist be aware of the environment and the essentials for function after dischange.

(ii) *A discharge plan should be finalized and documented.*

The discharge plan should be co-ordinated, finalized, and documented according to an accepted method prior to the discharge date. The action plan of each team member should be clearly delineated.

A written discharge plan should be prepared within a time frame dictated by the policies of the facility. It should include the individual's functional status, goal attainment, unmet goals, plans for follow-up or ongoing services, unmet needs and further recommendations.

(iii) *The plan should be consistent with:*

- o the individual's functional abilities and deficits, goals, prognosis, and community resources; and
- o the discharge plan of other involved professionals.

Discharge planning is a collaborative effort including the individual and care providers, with the individual playing a key role. The collaborative process begins early in care and proceeds to include family, significant others and suitable community resources, both professional and non-professional.

(iv) *Time should be allocated for the co-ordination and effective implementation of the plan.*

A discharge plan should be formulated during the intervention phase to ensure congruence with the discharge plans of other members of the professional team, family members and the individual himself. As this is often a complex task, sufficient time must be allocated for effective co-ordination of the plan. In addition to the service-based discharge plan, the family or significant others and the community need to be able to accept the disabled individual and efforts should be made toward the coordination of the internal service-based plan and external community resources.

Planning for the discharge may be facilitated through discharge planning meetings, team meetings or other formats. A discharge coordinator may be designated to conduct this function or the

coordination role could rotate among team members. In some settings the occupational therapist may take primary responsibility for coordinating and implementing the plan.

(v) *The therapist should document a discharge summary in accordance with the policies of the service. This could include the individual's functional status, goal attainment, unmet goals, plans for ongoing services and further recommendations.*

A summary is critical to the discharge plan. It should stand as an independent document and provide a communication mechanism between the internal 'team' and the external 'team' or community players. It is a record of care and to that end should duly note functional status, goal attainment, nature of the intervention and unmet goals, but should also inform its recipients of the client's status at discharge and goals and needs to be addressed by them. The external team, such as workers in community agencies, can also be informed through this vehicle as to its role in ongoing care or service.

When the individual is transferred to another care facility, additional documentation may be required. Referral, verbal or written, to a community agency or community based program may fall within the responsibility of the occupational therapist.

The format and recipients of the summary may vary with the policy of the facility, with particular sensitivity to confidentiality and protecting the individual's privacy. The document may constitute one multiservice report or be a series of individual service-specific records.

(vi) *The client - therapist relationship should be terminated.*

In addition to the aforementioned instrumental aspects of the discharge process, a more significant dimension of discharge must also be carefully planned for and terminated; namely the therapeutic relationship. Policies and procedures are not as well delineated with this intangible element of discharge.

Termination of the relationship requires the same delicacy and sensitivity as its establishment and development. This calls largely upon the 'art' of practice and in many ways should be planned for and implemented prior to the concrete plans. Effective discharge planning and implementation requires a balance between these relational and structural components.

CHAPTER VI: SPECIFIC FOLLOW-UP GUIDELINES

1. PREAMBLE

These follow-up guidelines are illustrated in the Case Study in Chapter VIII. They stem from the guidelines identified in Appendix A.

Follow-up refers to specific plans for the individual to make contact with the therapist to evaluate whether gains made in occupational therapy were maintained or could be further increased. Where regression or deterioration might have been the course, this could be reduced or prevented through the process of follow-up. Where follow-up is not a component of the service's policy, an otherwise valuable aspect of comprehensive care is lost.

It is recommended that follow-up take place even when the individual has been transferred to another care facility as occupational therapy may not be a component of service there (Reed and Sanderson, 1983). Follow-up may be provided by another occupational therapist or delegated to a contact person where formal follow-up is not possible or is not the practice.

2. KEY STAGES AND COMPONENTS

The following are the key stages and components of the specific follow-up process.

(i) *The therapist should reevaluate the individual at an appropriate time interval following discharge.*

This reevaluation may be by various methods. Follow-up may take the format of a return visit to the setting, a home visit by the therapist or a phone call or questionnaire survey. Follow-up may be one time only or be conducted over a series of contacts at planned intervals.

(ii) *The reevaluation results should be documented.*

As stated earlier, documentation should reflect health status at the time of the reevaluation and include needs outstanding and further recommendations.

Distribution of the document should follow prescribed guidelines including relevant members of the internal and external team.

As with all other processes, follow-up contacts should be documented according to prescribed standards or policies and incorporated into the clinical record.

(iii) *If the individual requires further service, the therapist should refer to the service needed.*

Having assessed health status and determined that there are problems requiring intervention, the occupational therapist will facilitate referral to the appropriate service, be it within the facility, community based or a combination therein.

Through follow-up, more successful outcome and therefore quality of care can be assured. It also provides an excellent opportunity for therapists to evaluate the outcomes of their intervention.

CHAPTER VII: SPECIFIC GUIDELINES FOR EVALUATION OF CLIENT PROGRAMS

1. PREAMBLE

Program evaluation guidelines are illustrated in the Case Study in Chapter VIII and stem from the guidelines in Appendix A.

Program evaluation, in this context, refers to individual, client-centred program evaluation rather than evaluation of an occupational therapy service. Client-centred program evaluation requires review of the efficacy, effectiveness and efficiency of the program. Program evaluation is closely related to quality assurance which is increasingly being conducted as a formal activity in occupational therapy services. Program efficacy refers to the potential of the program to fulfill identified program goals under optimal conditions; program effectiveness refers to the actual results (outcome) of the program in relation to identified goals; program efficiency refers to the success of the program in achieving identified goals with the least amount of expenditure and effort (Ostrow et al, 1983).

The criteria established for program evaluation may be either qualitative or quantitative and be related to the process or the outcome of practice. Since the quality of health care is subjectively viewed by both clients and health care providers, it is difficult to establish evaluation criteria which have reliability or validity for anyone but the individual. The quality of occupational therapy intervention requires subjective interpretation and is difficult to evaluate as it relates to the quality of performance or engagement in life for an individual. In structure, process and outcome program evaluation, quantitative evaluation is more widely used since observable and measurable criteria and desired specific criteria for observation or measurement can be identified, and desired level (standard) of performance or achievement can be defined. Physical measurements are easiest to quantify although occupational therapists are increasingly developing instruments to quantify evaluation of cognitive and emotional performance. Although such performance is not directly observable, rating of performance on selected tasks can provide a measure of the level and quality of cognitive and emotional performance.

Program evaluation may be conducted by external evaluators as a formal procedure with specific criteria and a rating system; evaluation may also be conducted informally by individual therapists. In all client-centred situations, some form of program evaluation should be conducted to complete the process of practice.

2. KEY STAGES AND COMPONENTS

Following are the key stages and components of the specific evaluation of client programs.

The therapist should evaluate the effectiveness and efficiency of the program with respect to:

(i) Adherence to the process guidelines described previously (process evaluation)

Process evaluation of client-centred practice involves a review to ensure that each of the stages of practice have taken place and that the criteria required at each stage have been met. For instance, there should be evidence that a referral has been received, documented and acted upon. An assessment should have been conducted according to prescribed standards for the type of client seen. Findings should be recorded and distributed according to a designated procedure. Program goals and objectives should have been identified based on the assessment findings and specified to provide direction for the program. Intervention, discharge and follow-up standards should have fulfilled the stated objectives and priorities established during program planning. Where there are unmet goals, these should be noted. The level of function attained should be described along with the restrictions which accounted for it.

In some situations, process evaluation may include an analysis of therapist time utilization in relation to the stages of practice i.e. time used to handle referrals, to complete assessments, to conduct intervention, discharge, follow up and to complete program evaluation. Evaluation of time utilization should consider both direct and indirect client-related services such as is identified in the new Workload Measurement System for occupational therapy. (Health and Welfare Canada, 1985)

Where cost analysis is a component of process evaluation, program costs may be correlated with time and various clinical activities to identify a level of productivity throughout the whole process or at various stages of practice. Data from the Workload Measurement System or other data collection may be used to identify the costs, such as supplies and facilities.

(ii) Outcome - results of intervention (outcome evaluation)

Outcome evaluation focusses on the efficacy or, more commonly, the effectiveness of the program. Within the conceptual model of human occupation outlined in these guidelines, both quantitative and qualitative outcome measures should be stated in terms of performance in self-care, productivity or leisure or, of the four performance components, physical, mental, sociocultural and spiritual. For instance, quantitative goals and objectives (outcome measures) may relate to an increase in muscle strength (physical performance component) to allow the person to improve work skills to a level where the client can maintain a full day of employment (productivity); or development of self esteem (mental performance component) may be an objective to

be achieved to the level where the client voluntarily completes daily grooming and can withstand the stress of being seen among strangers in a supermarket (community living aspect of self-care). Qualitative objectives may indicate that the client will subjectively report, through discussion with the therapist, on success in achievement of a sense of worth and meaning in life (spiritual component) in terms of being productive in society (productivity).

In outcome as in process evaluation, time data (e.g. from the Workload Measurement System) may be related to client outcome data to evaluate productivity. Evaluation may consider the time required for intervention to produce a desired level of independence in clients with various types and levels of disability. Cost analysis in relation to client outcomes is discussed under economic evaluation in this chapter.

Economic Evaluation

An alternative type of outcome evaluation, as opposed to evaluating the efficacy or effectiveness of intervention, is economic evaluation of the program. Economic evaluation involves a comparative analysis of program costs and consequences of alternative courses of action. Economic evaluation may use cost-effectiveness, cost-benefit, or cost-utility analysis.

Cost-effectiveness evaluation is similar to cost-benefit analysis differing mainly in its attempt to analyze program effectiveness in achieving its objective with the least cost. The trend in the health care literature and in practice is to use cost-effective analysis of programs because the outcomes of care are more tangible to measure than those of cost-benefit analysis. Thus, in occupational therapy, the change in functional level occurring between assessment and discharge may be analyzed in comparison to the cost benefits of direct, indirect and intangible costs of intervention.

In cost-benefit analysis direct benefits (such as reduced number of hospital days), indirect benefits (such as relief of family burden), and intangible benefits (such as adjustment to a disability), should be identified. Benefits may be gauged as immediate, as in earlier discharge from the health care system, or as longer term, as in greater awareness of energy requirements for tasks and prevention of disability. The direct benefits of occupational therapy have received little formal evaluation. The few studies available have examined intervention with specific diagnostic groups including those with disabilities resulting from cerebrovascular accident, rheumatoid arthritis, schizophrenia, mental retardation and so forth. The indirect and intangible benefits of client-centred occupational therapy have received virtually no formal evaluation. In the analysis, direct, indirect and intangible costs are related to benefits to determine a cost benefit ratio or other relationship between benefits and costs of alternative program options.

Cost-utility analysis is rarely done in relation to occupational therapy but would examine the relationship of direct, indirect and intangible costs of a client-centred program to the quality of life produced by the occupational therapy intervention.

3. PROCESS OF PROGRAM EVALUATION

The process of program evaluation has been described in various ways (Levey and Loomba, 1984; Shortell and Richardson, 1978) which can be summarized as requiring the following stages:

1. identifying questions to define the types (eg process or outcome), level of formality and purposes of evaluation;
2. formulating evaluation objectives which specify measurable criteria, level or standard of performance desired and methods of data collection;
3. clarifying priorities in evaluation;
4. preparing a plan for evaluation which includes a time frame, persons involved, procedures, and expected methods of collecting, analyzing, reporting and using the evaluation data;
5. outlining contingency procedures to handle unexpected circumstances in carrying out the evaluation;
6. implementing the plan and collecting evaluation data;
7. collating, analyzing and interpreting the data;
8. reporting the evaluation findings as outlined in the plan;
9. developing and acting on recommendations arising from review of evaluation data; and
10. reviewing and revising the process of program evaluation for future use.

4. EVALUATION METHODS

Evaluation methods applicable to client-centred practice in occupational therapy range from informal program review to the use of experimental research designs. Informally, evaluation may take place through self review, peer observation or client feedback based on loosely defined subjective and objective evaluation criteria. Evaluation research designs may range from simple to complex, from simple comparison of client performance on initial assessment to that at discharge, to the use of randomly assigned control groups which are pretested and post-tested for specifically defined criteria under carefully controlled conditions. Formal data collection is usually by record review, by measurement or rating of function by a trained, independent evaluator, or by other means of collecting objective information (Shortell and Richardson, 1978).

5. QUALITY ASSURANCE

Quality assurance and program evaluation are similar in that both attempt to evaluate a program's ability to meet its goals. Their similarity is in the use of various methods of data collection (including record review, peer observation or client interview) to evaluate structure, process and/or outcome of

care. Both quality assurance and program evaluation can focus only on occupational therapy or can be developed as part of the team's review of client care.

When program evaluation examines the total program, quality assurance focusses on selected aspects of care for which improvement is sought (Ostrow et al, 1983). Improvement through quality assurance is a result of setting standards of performance for specific criteria, measuring actual performance and comparing results with the standards. In quality assurance, action and follow-up are implemented in order to bring performance in line with standards. With program evaluation corrective action is not necessarily undertaken.

6. RELIABILITY AND VALIDITY* IN PROGRAM EVALUATION

Reliability in evaluation refers to the consistency of results when the same measurement or rating is taken by different evaluators at the same time or by the same evaluator at different time intervals. Validity is the degree to which the measurement or rating reflects what it intends to measure or rate. Occupational therapists should be aware of the numerous factors which effect the reliability and validity of program evaluation of client-centred practice in occupational therapy. The principles of reliability and validity* are important to consider in both simple, informal program evaluation as well as in more complex, formal types of evaluation.

Since occupational therapists rarely provide client-centred services in isolation, it must be acknowledged that many of the client outcomes may be affected by variables such as the intervention by other professionals, the involvement of the family, the environment and other factors. These factors can be acknowledged in an informal program evaluation but they can also be quantified and statistically analyzed in the most formal type of program evaluation.

7. DOCUMENTATION

Clear, consistent documentation throughout the process of client-centred practice is necessary to conduct reliable and valid program evaluation. The process of evaluation should also be documented including dates and signatures according to a designated procedure. Where the evaluation is done informally it should be documented as well as used as a source of discussion for program review and improvement in quality of care. Such documentation may be kept internally within the occupational therapy records. The most formal and complex program evaluation, usually done as part of a team evaluation, requires more formal documentation and is likely accessible to all members of the team. Documentation of program evaluation should be done on some regular basis whether it be monthly, yearly or at some other time frequency. It should be clear that program evaluation of client-centred

* See Addendum on next page.

practice is not a performance appraisal of the competency of the therapist. Program evaluation is not included on the chart and is kept in some other type of confidential record system designated in the policies of the program or required through provincial legislation.

8. SUMMARY

Occupational therapy is only just beginning to formulate methods, techniques and measurement tools for both process and outcome evaluation. In particular, because outcome evaluation must receive greater attention within the profession, models of evaluating outcome must be developed. Program evaluation provides validation of the effectiveness of occupational therapy. Without validation, the profession has little protection to argue the efficacy, effectiveness or efficiency of its services. Thus, the development of guidelines for outcome evaluation is a major challenge for occupational therapy.

---

*ADDENDUM

Inter-rater reliability, the reliability between raters (evaluators) conducting an evaluation of the same program criteria at the same time, requires that evaluators have a consistent level of orientation and skill for the evaluation. Intra-rater reliability, the reliability of an evaluation conducted by the same rater at two different points in time (precision reliability or test-retest reliability) requires raters to apply evaluation procedures and skill consistently when evaluation is repeated on more than one occasion. For both types of reliability, raters require evaluation instruments or data collection tools (questionnaires, rating scales, interview guides) which are sufficiently standardized to be used consistently (internal consistency reliability), or which focus on evaluating the same criteria in the client program throughout the evaluation (split-half reliability).

The validity of program evaluation depends upon identifying evaluation criteria which reflect the purpose of the evaluation (content validity). Where program evaluation uses more than one approach at the same time, each approach should evaluate the same criterion (concurrent validity). Where evaluation attempts to predict the program's ability to produce specified client outcome with a particular disability group, the ability to control factors which allow for such predictions should be examined (predictive validity). Both concurrent and predictive validity are types of criterion-related validity in which one component (criterion) of the evaluation is compared to another component (criterion). Evaluation of intangible or subjective criteria in a program, such as the ability of the program to instill a sense of independence in the client, requires that tangible criteria (construct validity) be identified (Shortell and Richardson, 1978).

CHAPTER VIII: CASE ILLUSTRATION OF OCCUPATIONAL THERAPY PROCESS*

CASE ILLUSTRATION SUMMARY

In the preceding document entitled "Guidelines for the Client-Centred Practice of Occupational Therapy", a case illustration of John Jones, a 45 year old widower and unemployed carpenter was followed from referral, through assessment to the program planning stages of the client-centred process of practice.

The problem identified for referral was an excessively sullen, angry individual, who was resistant to his daughter at home. He was refusing to attempt to be independent in self-care or to assist with housework. He had a right above-knee amputation three years ago, and was occasionally violent and threatening suicide.

The request to occupational therapy was for assessment of emotional status and level of physical functioning. The request included development of a therapeutic program plan to improve both emotional and physical functioning.

Assessment included: a) an interview with Mr. Jones and his daughter; b) observation of Mr. Jones' performance in various areas of self-care, productivity and leisure in physical, mental, sociocultural and spiritual performance components; c) formal and informal methods of testing and measurement; and gathering information from other resources such as psychological testing and physiotherapy reports.

From the assessment summary and recommendations, a sample program plan was illustrated choosing one goal, and from that goal, one objective. The program plan for this objective indicated that Mr. Jones should be seen individually, one hour daily for two weeks followed by reassessment.

OBJECTIVE: The client will be able to verbalize emotions related to the loss of his wife.

ACTIVITY: Activity to stimulate thought, introspection and expression of emotions: discussion focussed on photo albums, mementos, and carpentry project symbolizing some facet of past with wife.

The other goals and objectives would each require a program plan which would be integrated with the plan to fulfill the single objective chosen for this case illustration.

CASE ILLUSTRATION CONTINUATION

The case of Mr. Jones will now be used to illustrate each of the remaining guidelines presented in Appendix A.

* Thank you acknowledgement on page 52.

This case illustration addresses only one objective in isolation of other objectives; in reality, there would be additional objectives requiring a program plan, intervention, follow-up and evaluation addressing all objectives as an integrated process of practice.

1. INTERVENTION

The intervention stage of practice involves implementation of the program plan. Illustration of implementation of the program plan involves application of each of the concepts (Chapter II) fundamental elements (Chapter III) and goals (Chapter IV) reviewed previously in this document.

(i) *The therapist should implement the program according to the program plan.*

Concepts

(a) Model, Frame of Reference and Approach:

The specific objective in this illustration is based on the occupational performance model outlined in the previous document. It is focussing on the mental performance component and all three areas of occupational performance.

Given this focus, a humanistic frame of reference is used but a psychodynamic frame of reference could also be utilized.

The approach chosen because of the learning element about self and feelings is psychoeducational.

(b) Adaptation:

For Mr. Jones, emotional adaptation involves learning to verbalize emotions associated with the loss of his wife in socially acceptable ways, such as through discussion with others over family photos; discussion should help him to understand and progress through the stages of loss (he appears to be adapting to the loss at the denial stage at present).

Sociocultural adaptation would involve change in his self-perception and his perception of his relationships with others as a widower.

(c) Activity:

Review of photo albums and mementos provides a visual memory stimulus to assist verbal expression of feelings related to the loss.

Carpentry provides a physically-oriented rather than a cognitively-oriented activity for a man whose productivity has relied on his physical ability.

Fundamental Elements

(a) Spirituality:

Through a review of family life (past) and use of carpentry skills (present and future), Mr. Jones is encouraged to understand a sense of meaning and possible sources of happiness for the future.

(b) Motivation:

Activity is used to help Mr. Jones explore factors which might motivate him to verbalize feelings associated with and thus adapt to his loss openly rather than through violence.

(c) Therapeutic Relationship:

The exploration of motivation relies heavily on the quality of the therapeutic relationship developed between Mr. Jones and the therapist. In order for Mr. Jones to express emotion openly, there must be trust, non-judgmental acceptance, genuineness, warmth and empathy in the therapeutic relationship.

Within the relationship, the therapist helps Mr. Jones to develop a new and closer communication with his daughter so that they can share and resolve feelings of loss.

The therapeutic relationship during intervention is an extension of the relationship developed with Mr. Jones during the assessment stage.

(d) Teaching Learning Process:

Mr. Jones is encouraged to learn about his feelings through doing (reviewing photos and carpentry) rather than through cognitive analysis and counselling alone.

By learning to verbalize emotions and to seek his own source of motivation, he is more likely to adapt to the loss of his wife.

(e) Ethics:

In particular, confidentiality of information shared by Mr. Jones with the therapist during discussions is clarified; information which the therapist will share with the daughter and other members of the team is reviewed with Mr. Jones to strengthen a sense of trust within the therapeutic relationship. If there are issues which will not be kept confidential, these will be clearly stated to Mr. Jones. Mr. Jones will be informed that case information will be shared within the team.

Discussion is used to clarify that: Mr. Jones wishes to pursue the objective of verbalizing emotions associated with the loss of his wife; and he understands why he is being asked to discuss photos and complete a project as a means of fulfilling this objective.

The therapist needs current knowledge of the therapeutic application of use of activity to encourage verbalization of feelings of loss in order to ensure professional competence in the application of such techniques.

Goals

For direct, client-centred services, this case illustrates two of the four goals of intervention, as stated on pages 28 and 29.

(a) Develop Function:

Mr. Jones is developing new skills in verbalizing emotions related to the loss of his wife in a constructive rather than a destructive pattern; since he has never experienced the loss of a mate before and his history indicates that he showed self-destructive tendencies such as abusing alcohol on the death of his parents some years previously, these skills are considered to be new rather than restored after earlier development.

(b) Prevent Dysfunction:

This is a secondary prevention intervention as it is intended to prevent continuation of unacceptable behaviour and further deterioration of mood which could lead to a crisis.

(ii) *The therapist should document the occupational therapy services provided and the individual's progress toward the goals at a frequency recommended by the service.*

Therapist records for intervention with Mr. Jones include a brief daily record with a more extensive summary at the end of the two week reassessment interval. The summary in particular includes reference to the progress and status of each of the concepts, fundamental elements and goals inherent in the program plan; records include reference to Mr. Jones' attempts at adaptation, his response to the use of the activities in the sessions, the sources and areas of motivation, the characteristics of the therapeutic relationship (examples of actions which display warmth and empathy), the most effective approach in the teaching learning process and any ethical questions which arise in relation to the therapist's handling of confidential information; the therapist records progress of the development of skills or the prevention of further problems.

(iii) *The therapist should regularly (or as determined by the service) reevaluate and document changes in the individual's occupational performance and the performance components of those skills.*

After two weeks, informal and formal reassessment should be done. The therapist should review progress of the development of skills or the prevention of further problems. In this case, the therapist's subjective evaluation of Mr. Jones' ability to express painful emotion and to learn new patterns of emotional expression would be a valuable method of assessment; in addition, formal testing of his ability for emotional expression and perspective for the future could be assessed using a projective assessment tool such as the Magazine Picture Collage (Lerner, 1982).

(iv) *The program plan should be modified in accordance with these changes.*

After reassessment, the program plan may be modified to reflect Mr. Jones' progress since he is responding well to the therapist and beginning to relate more closely with the daughter. The therapist might combine this objective with one to involve the daughter in the therapeutic process.

(v) *The therapist should communicate at regular intervals (or as determined by the service) with other involved professionals and family/significant others.*

Progress is reported on this particular objective as well as for other objectives being pursued concurrently. Discussions with the physiotherapist, nurse and family physician report on his changing attitude and ability to tolerate expectations that he resume his own self-care and begin a refresher program of gait training. Needs for continuing medication and their effect on daily function are discussed by the team as well as with the client.

(vi) *The therapist should review and refine the discharge plan.*

As progress is noted, a discharge plan becomes part of the ongoing intervention discussions with the client as well as with the team and family. Long before actual discharge is being arranged, it is agreed among Mr. Jones, his daughter and the team that Mr. Jones will go back to his home on discharge.

2. DISCHARGE

(i) *The therapist should terminate services when the individual has achieved the goals or when maximum benefit has been derived from occupational therapy services.*

As Mr. Jones is expressing emotions about the loss of his wife with the therapist and has begun to do so with his daughter, the relationship with his daughter has improved and the therapist starts to transfer dependency from the occupational therapist to the daughter.

The behaviour in the home is not addressed here as it is a separate objective.

(ii) *A discharge plan should be finalized and documented.*

The therapist establishes a discharge plan as follows:

- make a home visit to observe client and daughter in home milieu to ensure new skills have been transferred;
- discuss strategies for home program with daughter;
- encourage Mr. Jones to re-establish contact with old friends;
- encourage client to offer his skills/services to others (eg minor carpentry projects in homes of elderly or disabled persons);
- encourage client to develop social interests outside the home.

This plan is documented in Mr. Jones' health record.

(iii) *The plan should be consistent with:*

o the individual's functional abilities and deficits, goals, prognosis, and community resources; and
o the discharge plan of other involved professionals.

Mr. Jones is now able to express emotions appropriately, and has shown ability to transfer skills to the home situation. Progress for living at home with daughter is good and supportive community resources are available.

The discharge plan is coordinated with the physiotherapist and social worker.

(iv) *Time should be allocated for the coordination and effective implementation of the plan.*

The discharge plan is developed with Mr. Jones over several sessions, the daughter is consulted, and the plan is discussed with other professionals and agencies involved.

(v) *The therapist should document a discharge summary in accordance with the policies of the service. This could include the individual's functional status, goal attainment, unmet goals, plans for ongoing services and further recommendations.*

The discharge summary is prepared within five days of discharge according to the policy of the program, and placed on Mr. Jones' file which is accessible to all members of the health care team. In the last session in the institution, the occupational therapist reviews the discharge and follow-up plan with Mr. Jones and his daughter. Since the same therapist will provide community follow-up, the occupational

therapist reinforces the fact that Mr. Jones has learned many skills for coping with his feelings of loss. He has also been involved in developing a plan in which the therapist will continue to be available to assist him in transferring these skills to cope at home.

3. FOLLOW-UP

(i) *The therapist should reevaluate the individual at an appropriate time interval following discharge.*

The schedule is open to adjustment for more/less support as needed.

The occupational therapist coordinates a schedule with the social worker, who is also planning with Mr. Jones to visit him at home; and with the physiotherapist, who plans to follow Mr. Jones as an out-patient at the facility.

Coordination between team members is continued informally by phone.

(ii) *The reevaluation results should be documented.*

Although Mr. Jones is coping at home with his feelings of loss, his grief reaction remains unresolved; therefore, he is referred by the occupational therapist to a widower's support group in the community.

The occupational therapist and the daughter accompany Mr. Jones to his first meeting.

Mr. Jones and daughter attend the next meeting, without the therapist.

The therapist is in touch with Mr. Jones and his daughter by phone for a few weeks as he starts attending the group alone.

Mr. Jones appears to be benefitting from being a member of the widower's group and has become independent in attending.

A team meeting is called by the occupational therapist to review progress prior to the therapist's last expected session with Mr. Jones.

A final meeting between the occupational therapist, Mr. Jones and his daughter is held in Mr. Jones' home to review his coping mechanisms, his current daily routine and his resources for help should anything further be needed.

The therapist's contact is terminated with the therapist attending to discontinuing the therapeutic relationship as well as finalizing any practical details for Mr. Jones' continuing independence in this particular objective of coping with his loss.

(iii) *If the individual requires further service, the therapist should refer to the service needed.*

After the last visit, a summary of progress during follow-up is put on file with a copy sent to the family physician to keep on file separate from the facility.

The physiotherapist and social worker have access to the follow-up summary through the central facility file.

Since community follow-up is provided as part of the service of the facility, there is no fee to Mr. Jones.

The occupational therapist records direct and indirect service time during follow-up using the Canadian Workload Measurement System.

4. EVALUATION OF CLIENT PROGRAM

(i) *The therapist should evaluate the effectiveness and efficiency of the program with respect to:*

o adherence to the process guidelines as described above; and
o outcome - ie, results of intervention.

A process chart audit might be carried out as part of the facility quality assurance program according to procedures outlined for frequency of review, method of sampling,and criteria for occupational therapy chart review.

The audit may be done by a monodisciplinary (ie occupational therapy) or a multidisciplinary audit review committee which may or may not include an occupational therapist.

The process audit could be done by using the GUIDELINES FOR THE CLIENT-CENTRED PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY as well as the guidelines in the present document as reference in reviewing that each step in the stages of the process of client-centred practice had been completed.

An outcome evaluation for the single objective in this case illustration might compare Mr. Jones' ability to express emotion related to the loss of his wife at the time of intake (assessment stage) to his ability at the time follow-up is discontinued.

---

* Case prepared with assistance from:

Hilary Jarvis, OT(C)
Director, Occupational Therapy Services
Camp Hill Hospital in Halifax

Janet de Saint Sardos, OT(C)
Community Occupational
Therapy Services in Halifax

CHAPTER IX: USES OF DOCUMENTS

There are many ways that this document, and its predecessor entitled GUIDELINES FOR THE CLIENT-CENTRED PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY can be used. Usage depends on individual need, and is limited only by individual creativity. However, to help the reader understand the potential of these documents some suggested uses are provided below. They are closely related to the Recommendations on page viii.

These Guidelines can be used:

(1) to provide a clear outline of the process of occupational therapy which can be used in discussions with administrators to inform them of a process of occupational therapy which is accepted nationally;

(2) to outline the process of occupational therapy care that can be used to develop standards in a department in terms of the process of care to be established or maintained;

(3) by department heads as a benchmark for planning and evaluating the level of service provided by the department; the guidelines provide a level of service accepted across Canada and can easily be converted to criteria against which to measure departmental or individual performance;

(4) by department heads as a tool in preparation for departmental or hospital accreditation;

(5) by department heads as parameters for the development of workload measurement systems; it is now clear what needs to be measured;

(6) by individual therapists as an evaluation of personal performance. A method is now available to determine if the programs and performance meet the expectations outlined in these Canadian guidelines;

(7) as an instrument for public relations within occupational therapy and with other professional groups;

(8) in discussions with consumers or potential consumers about occupational therapy;

(9) by administrators to determine whether or not occupational therapists employed in their facility are functioning at the level of these nationally accepted standards;

(10) by educational programs in curriculum development;

(11) as the basis for planning continuing education and in-service programs. It may be necessary to offer education as to how the steps of the process can be managed efficiently;

(12) by provincial occupational therapy organizations for the development of provincial standards. CAOT and Health and Welfare Canada have developed these consensus guidelines which can be readily adapted to become standards. However, it rests with the provinces to perform this task;

(13) by ministries or departments of both the provincial and federal governments for the establishment or evaluation of occupational therapy programs;

(14) in the development or amendment of provincial legislation; and

(15) as the criteria for clinical protocols in the development of quality assurance programs; an example follows.

RECOMMENDED FORMAT FOR THE DEVELOPMENT OF CLINICAL PROTOCOLS IN QUALITY ASSURANCE PROGRAMS

Utilizing the GUIDELINES FOR THE CLIENT-CENTRED PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY, pages 18 to 21, the Occupational Therapy Department, Shaughnessy Hospital*, Vancouver BC, created a format to assist in developing any general or specific occupational therapy clinical protocol (standard of patient/client care). This format appears below, together with an example of the intervention section from the clinical protocol for acute spinal cord injured patients, to show the translation from the "guidelines for practice" into standards of practice.

The clinical protocol becomes the criterion for developing a quality assurance measurement tool for:

- o monitoring health records
- o clinical observation
- o interviewing client, families and professional peers.

(a) Referral Guidelines

1. State how referrals are received (eg memorandum of agreement, individual patient physician referrals).
2. State the referral form number and the policy regarding completion.

---

* This format has been developed by Barbara ten Hoope. For further information contact: Barbara ten Hoope, Senior Occupational Therapist, Occupational Therapy Department, Shaughnessy Hospital, 4500 Oak Street, Vancouver BC V6H 3N1.

3. State method of determining patient's eligibility for occupational therapy intervention.
4. State documentation procedure following receipt of referral.
5. State action taken if patient referral is inappropriate.
6. State policy regarding time allowed to complete documentation procedure following receipt of referral.

(b) Assessment Guidelines

1. State when the client-therapist relationship is initiated and what factors will be considered.
2. State general goals of performing assessment and the type of assessment to be done (include title and number of chart form if applicable).
3. State aspects of patient background treatment that must be initially obtained and specify source.
4. State aspects of patient status that must be initially assessed (in keeping with the conceptual framework of occupational performance).
5. State additional assessments that may be performed, and in what cases they would be indicated.
6. Indicate that the therapist will ensure complete assessment by referral to other disciplines as appropriate.
7. Indicate that assessment data will be analyzed, problems identified, summarized, and recommendations made.
8. State policy regarding completion and documentation of assessment on chart.

(c) Program Planning Guidelines

1. State the factors considered in formulating the initial problems and initial program plans (eg applicable theoretical frame of reference, treatment guidelines, goals of the patient and family, program plans of other team members, available resources, tentative discharge plan) and reference to applicable policies and procedures.
2. State policy and procedure regarding documentation of initial problem list and initial program plans.
3. State the policy and procedure regarding content of program plans (eg type of intervention, frequency, duration, reevaluation schedule, expected outcome, tentative discharge plan).
4. State policy regarding timeframe of developing the program plans.

(d) Intervention Guidelines

1. State when the client-therapist relationship is developed and what factors will be considered.

2. State the factors considered in implementing the treatment program (eg acuity of problems, treatment guidelines, resources: manpower, workspace, equipment, time management, safety) and reference to applicable policies and procedures.
3. State policy regarding frequency of charting.
4. State policy regarding frequency of reassessment and documentation of changes in patient status and/or program plan.
5. State policy regarding team and/or family communication (eg attendance at rounds, family meetings.
6. State policy regarding mechanism of occupational therapy input into discharge planning.

(e) Discharge Guidelines

1. State policy regarding discontinuation of services.
2. State policy regarding documentation of discharge plan.
3. State the factors considered in selection of discharge plan (eg functional performance, prognosis, community resources, discharge plans of other team members) and reference to applicable policies and procedures.
4. State policy regarding minimum timeframe required to coordinate and implement discharge plan.
5. State policy regarding content and distribution of discharge summary.
6. State when the client-therapist relationship is terminated and what factors will be considered.

(f) Follow-up Guidelines

1. State policy regarding indications for provision of follow-up services.
2. State policy regarding documentation of reevaluation.
3. State mechanism of coordinating further services if indicated.

(g) Program Evaluation Guidelines

1. State policy regarding evaluation of individual patient program effectiveness and efficiency.

Example of a Clinical Protocol: Excerpt from Spinal Cord Injured Patient Record

Intervention Criteria

Weighting Key:

E = Essential
P = Preferred
R = Recommended

1. The occupational therapist will continue to foster the therapeutic relationship through the client-therapist interaction. E

2. The occupational therapist will consider the following factors in implementing the treatment program.

   (a) Priority of occupational therapy problems - see clinical policy and procedure book for guideline to problem priorization. E

   (b) Intervention guidelines:

   (i) mobilization - see clinical policy and procedure book for bracing and mobilization protocols E
   (ii) upper extremity function - see clinical policy and procedure book for guidelines to splinting and upper extremity treatment E
   (iii) activities of daily living - see clinical policy and procedure book for functional expectations of spinal cord injured, guidelines to use of self care charts, policy for weight shifts and patient transfers, equipment needs E
   (iv) functional communication - see clinical policy and procedure book for guidelines to communication/technical aids and available community resources E
   (v) discharge planning - see clinical policy and procedure book for discharge guidelines and policies, and day and weekend pass checklists E
   (vi) homemaking/home accessibility - see clinical policy and procedure book for home accessibility guide and kitchen assessment policies and procedures E
   (vii) cognitive functioning - see clinical policy and procedure book for sensory integration screening battery and treatment ideas E
   (viii) psychological adjustment - see patient education material on psychological adjustment, and F3 resource library E

   (c) Resources - see administration policy and procedure book for equipment/space inventories, staffing. E

   (d) Time management - see supervisory skills binder for guideline articles on time management. E

   (e) Safety - see administration policy and procedure book for policies regarding equipment safety/electrical testing and routine maintenance of high-use equipment. E

3. The occupational therapist will chart in the medical record at least once weekly on patient progress in keeping with Problem Oriented Recording (POR) guidelines. P

4. The occupational therapist will reassess and document changes in patient status and/or program plan(s).

(a) Acute problems - the occupational therapist will reassess and document daily. E

(b) Ongoing problems- the occupational therapist will reassess informally during all treatment sessions and document once weekly. P

5. The occupational therapist will communicate with others at regular intervals as outlined in the policy and procedure book:

(a) team members (ie daily morning report, weekly discharge planning meeting) P

(b) family/significant others (ie family meetings) R

6. The occupational therapist will participate in the team decision regarding discharge planning at the weekly discharge planning meetings and through informal communication. As outlined in the policy and procedure book, the occupational therapist will follow guidelines for transfer in making judgement regarding discharge. E

REFERENCES

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION: AOTA representative Assembly Minutes. American Journal of Occupational Therapy 1978; 32:10: 648-669

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION: Uniform Terminology System For Reporting Occupational Therapy Services. Rockville, Maryland, 1979

BIEHLER M: A self help group for burn victims. Canadian Journal of Occupational Therapy 1981; 48: 221-222

BROWN I: Pastoral care with the elderly in health care institutions. Unpublished paper. Queen Street Mental Health Centre, Toronto, 1985

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS: Code of Ethics, Toronto, 1983

CAPLAN G: Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, New York, 1964

CLARK, A: Morale and motivation. The Practitioner, 1978; 220: 735-737

CYNKIN S: Occupational Therapy: Toward Health Through Activities. Little Brown, Boston, 1979

DAVIE MR: William Graham Sumner. Thomas Crowell, New York, 1963, 45

DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE: Prevention Now: A Concept and a Practice. Ottawa, 1981.

ETZIONI A: Modern Organizations. Prentice Hall, New Jersey, 1964

FIDLER GS, FIDLER JW: Occupational Therapy, a Communication Process in Psychiatry, MacMillan, New York, 1963

FIDLER GS, FIDLER JW: Doing and becoming: purposeful action and self-actualization. American Journal of Occupational Therapy 1978; 32: 305-310

FLOREY LL: Intrinsic Motivation: the dynamics of occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy 1969; 23:4: 319-322

FRANSELLA F: Psychology for Occupational Therapists. The British Psychological Association and Macmillan Press, London, 1982

GOLDSTEIN A, GERSHAW NJ, SPRAFKIN RP: Structured learning therapy: development and evaluation. American Journal of Occupational Therapy 1979; 33: 635-639

HEALTH AND WELFARE CANADA AND THE CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS TASK FORCE: Guidelines for the Client-Centred Practice of Occupational Therapy. DNHW, Ottawa, 1983

HEALTH AND WELFARE CANADA: Occupational Therapy Workload Measurement Systems - Draft. DNHW, Ottawa, 1985

HEIJN C, GRANGER CV: Understanding motivational patterns - early identification aids rehabilitation. Journal of Rehabilitation. 1974; 40:6: 26-29

HOPKINS H, SMITH H: Willard and Spackman's Occupational Therapy, 6th Edition. J Lippincott, Maryland, 1983

IBBOTSON J: Motivation - the occupational therapist's approach. Physiotherapy 1975; 61:6 189-191

KIELHOFNER G: A heritage of activity: development of theory. American Journal of Occupational Therapy 1982, 36: 723-730

KIELHOFNER G(ed): A Model of Human Occupation Theory and Application. Williams and Wilkins, Baltimore, 1985

KIELHOFNER G, BURKE JP: A model of human occupation. Part I. Conceptual framework and content. American Journal of Occupational Therapy 1980; 34: 572-581

KING LJ: Toward a science of adaptive responses. American Journal of Occupational Therapy 1978; 32: 429-437

LAST JM (ED.): Public Health and Preventive Medicine. Appleton Century Croft, New York, 1980

LEHMAN J, VARGO J: The effects of an in-service program upon the attitudes of nursing aides. American Journal of Occupational Therapy 1979; 46: 105-108

LERNER C: The magazine picture collage. In HEMPHILL B. (ed): The Evaluation Process in Psychiatric Occupational Therapy. Slack, New Jersey, 1982

LEVEY S, LOOMBA NP: Health Care Administration: a Managerial Perspective (2nd edition). Lippincott, New York, 1984

LILLIE M, ARMSTRONG H: Contributions to the development of psychoeducational approaches to mental health service. American Journal of Occupational Therapy 1982; 36: 438-443

McDOUGALL GM, TAYLOR DE: The interdisciplinary team in the general hospital. Canadian Mental Health 1978; 26: 12-15

MEYER A: The philosophy of occupational therapy. Archives of Occupational Therapy 1922; 1: 1-10

MILHOLLAN F, FORISHA B: From Skinner to Rogers: Contrasting Approaches to Education. Professional Educators Publications, Nebraska, 1972

MOSEY A: Occupational Therapy: Configuration of a Profession. Raven Press, New York, 1981

OSTROW P, WILLIAMSON JW, JOE BE: Quality Assurance Primer. American Occupational Therapy Association. Rockville, Maryland, 1983

PRUYSER PW: The Minister as Diagnostician: Personal Problems in Pastoral Care. Westminster Press, Philadelphia, 1976

PURTILO R: Health Professional/Patient Interaction, Third Edition. Saunders, Philadelphia, 1984

PURTILO RB, CASSEL CK: Ethical Dimensions in the Health Professions. Saunders, Philadelphia, 1981

REED KL: Models of Practice in Occupational Therapy. Williams and Wilkins Baltimore, 1984a

REED KL: Understanding Theory: The first step in learning about research. American Journal of Occupational Therapy 1984b; 38:10: 677-682

REED KL, SANDERSON, SR: Concepts of Occupational Therapy, Williams and Wilkins, Baltimore, 1980

REED KL, SANDERSON SR: Concepts of Occupational Therapy, Second Edition. Williams and Wilkins, Baltimore, 1983

REHR H (ed): Ethical Dilemmas in Health Care: A Professional Search for Solutions. Published for Doris Siegel Memorial Fund of the Mount Sinai Medical Centre by Prodist, New York, 1978

REILLY M: Occupational therapy can be one of the great ideas of the 20th Century. American Journal of Occupational Therapy 1962; 16:1: 1-9

ROSENTHAL G: Assessing the quality of medical care. Medical Care 1977; 9:1: 1-15

SHONTZ FC: Psychological adjustment to physican disability; trends in theories. Archives of Physical Medicine in Rehabilitation 1978; 59:

SHORTELL SM, RICHARDSON, WC: Health Program Evaluation. Mosby, St-Louis, 1978

SIMON JI: Emotional aspects of physical disability. American Journal of Occupational Therapy 1971; 25:8, 408-410

STEGER HG: Understanding the psychological factors in rehabilitation. Geriatrics, 1976: 31:5, 68-73

SUMNER WG: Folkways: A Study of the Sociological Importance of Usage, Manners. Customs. Mores and Morals. Ginn and Co, Boston, 1907

WEST WL: A Reaffirmed philosophy and practice of occupational therapy for the 1980s. American Journal of Occupational Therapy 1984; 38:1:15-23

WILLSON M: Occupational Therapy in Long Term Psychiatry. Churchill Livingston, New York, 1983

WITTMEYER M, STOLOV W: Educating wheelchair patients on home architectural barriers. American Journal of Occupational Therapy. 1978; 32:9, 557-564

WOODSIDE H: Community care for the mentally ill. Canadian Journal of Occupational Therapy 1984; 51:4: 182-187

WOODSIDE H AND MERCER S: Maintenance as treatment: the fennel program day centre. Canada's Mental Health, 1983; 31: 4, 2-5

YERXA E: The philosophical base of occupational therapy: 2000 AD American Occupational Therapy Association, 1979, 26-30

APPENDIX A

GENERAL GUIDELINES FOR STAGES OF PRACTICE

The following general guidelines were taken from GUIDELINES FOR THE CLIENT-CENTRED PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY, pages 18 to 21.

(a) *Referral Guidelines*

(i) The therapist should receive a referral from an authorized source in accordance with the policy of the service.

(ii) The therapist should determine the appropriateness of the referral and the eligibility of the individual for an occupational therapy program. This may be done in an interview or by review of records.

(iii) When the referral is received the therapist should document:

- o the date of receipt;
- o referral source; and
- o the kind of services requested.

(iv) If the referral is appropriate, the therapist should undertake a general assessment of the individual.

(v) If the referral is inappropriate, the therapist should recommend alternatives to the referral source.

(vi) The documentation should be done within a time frame that is in accordance with the policy of the service.

(b) *Assessment Guidelines*

(i) The therapist should gather data and outline the purposes of the assessment.

(ii) The therapist should obtain additional relevant information regarding history, education, work records, family, from the individual and family/significant others.

(iii) This global assessment should include an evaluation and documentation of the individual's abilities and deficits in the following areas:

occupational performance areas
- o self-care
- o productivity
- o leisure

performance components
- o mental

- o physical
- o sociocultural
- o spiritual

environment
- o physical
- o social
- o cultural

The therapist should document occupational performance and determine if more detailed and specific evaluation is required.

The therapist should ensure complete assessment either within the service or by referral to other professionals.

(iv) The therapist should analyse the assessment data, formulate impressions of the presenting problem(s) and make recommendations.

(v) This assessment should be documented within a defined time interval following receipt of the referral.

(c) *Program Planning Guidelines*

(i) The therapist should determine and document a program plan consistent with the assessment data and the recommendations obtained in the assessment.

(ii) The program plan should be developed to include a:

- o statement of measurable goals both short-term and long-term;
- o selection of a theoretical approach/frame of reference appropriate to the individual's needs;
- o selection of methods of intervention;
- o schedule for the implementation of the plan;
- o tentative discharge plan; and
- o evaluation schedule.

(iii) The program plan goals and methods must be developed in conjunction with:

- o goals of the individual and/or family;
- o program plans of other professionals; and
- o available resources (institutional and community).

(iv) The program plan should be developed within a defined interval following completion of the assessment.

(d) *Intervention Guidelines*

(i) The therapist should implement the program according to the program plan.

(ii) The therapist should document the occupational therapy services provided and the individual's progress toward the goals at a frequency recommended by the service.

(iii) The therapist should regularly (or as determined by the service) reevaluate and document changes in the individual's occupational performance and the performance components of those skills.

(iv) The program plan should be modified in accordance with these changes.

(v) The therapist should communicate at regular intervals (or as determined by the service) with other involved professionals and family/significant others;

(vi) The therapist should review and refine the discharge plan.

(e) *Discharge Guidelines*

(i) The therapist should terminate services when the individual has achieved the goals or when maximum benefit has been derived from occupational therapy services.

(ii) A discharge plan should be finalized and documented.

(iii) The plan should be consistent with:

- o the individual's functional abilities and deficits, goals, prognosis, and community resources; and
- o the discharge plan of other involved professionals.

(iv) Time should be allocated for the coordination and effective implementation of the plan.

(v) The therapist should document a discharge summary in accordance with the policies of the service. This could include the individual's functional status, goal attainment, unmet goals, plans for ongoing services and further recommendations.

(vi) The client - therapist relationship should be terminated.

(f) *Follow-up Guidelines*

(i) The therapist should reevaluate the individual at an appropriate time interval following discharge.

(ii) The reevaluation results should be documented.

(iii) If the individual requires further service, the therapist should refer to the service needed.

(g) *Program Evaluation Guidelines*

(i) The therapist should evaluate the effectiveness and efficiency of the program with respect to:

- o adherence to the process guidelines as described above; and
- o outcome - ie, results of intervention.

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada
Canada

Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client

Rapport d'un groupe de travail
mis sur pied par la
Direction générale des services et de la promotion de la santé
ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
et
l'Association canadienne des ergothérapeutes

LIGNES DIRECTRICES RÉGISSANT L'INTERVENTION EN ERGOTHÉRAPIE AXÉE SUR LE CLIENT

Rapport d'un groupe de travail
mis sur pied par la
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
et
l'Association canadienne
des ergothérapeutes

Publication autorisée par
le ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social

OTTAWA
Juin 1986

ON PEUT OBTENIR DES EXEMPLAIRES DU PRÉSENT RAPPORT À L'ADRESSE SUIVANTE :

Division des services professionnels
et des services en établissement
Direction des services de santé
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

ALSO AVAILABLE IN ENGLISH under the title
INTERVENTION GUIDELINES FOR THE
CLIENT-CENTRED PRACTICE OF
OCCUPATIONAL THERAPY

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986
N° de cat. H39-100/1986F
ISBN 0-662-94079-2

AVANT-PROPOS

La Direction des services de santé collabore depuis une dizaine d'années avec les professions de la santé à l'élaboration de lignes directrices pour les procédures d'intervention clinique. Au moyen de ses groupes d'étude, ce programme offre coordination et direction dans l'amélioration de la qualité des soins de santé, réalisant aussi un objectif partagé par la Direction des services de santé et les professions concernées.

Dans ce contexte, en réponse à une demande de l'Association canadienne des ergothérapeutes, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a réuni de nouveau son groupe d'étude sur les lignes directrices régissant l'exercice de l'ergothérapie. Ayant terminé la première étape de son mandat, le groupe d'étude s'est attaqué à la deuxième étape : les lignes directrices régissant l'intervention. Le compte rendu de ses travaux fait l'objet du présent rapport, intitulé "Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client". Il s'inscrit en prolongement du premier, qui portait essentiellement sur l'évaluation et la planification de programmes. Ces rapports étant complémentaires, ils devraient être utilisés en tandem. Nous espérons que les principes généraux énoncés ici favoriseront la réévaluation constante des pratiques en vigueur.

Le rapport contient à la fois des lignes directrices générales et des directives précises régissant l'intervention. Il touche à d'autres questions : le congé, le suivi et l'évaluation des programmes. Il contient aussi une histoire de cas pour illustrer l'application de ces lignes directrices dans la pratique.

Les associations professionnelles nationales et provinciales, ainsi que les cliniciens qui exercent partout au Canada, sont invités à participer à la révision de ces lignes directrices et à communiquer leurs observations à l'adresse indiquée en page ii.

Le présent rapport ne constitue pas un énoncé de politiques du gouvernement fédéral. Il fait partie de la base de données dont on peut s'inspirer pour l'élaboration de politiques. Nous souhaitons qu'il sera utile à ceux qui s'occupent de la planification et de la mise en œuvre d'activités cliniques et éducationnelles en ergothérapie et de la définition de politiques y afférentes. Ainsi, le rapport pourra servir à améliorer la qualité des soins de santé offerts partout au Canada.

De plus, les lignes directrices contenues dans ce document ne visent pas à uniformiser la prestation des services au Canada. Ce n'est ni le rôle ni le mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social d'appliquer ces lignes directrices. Sa mission consiste plutôt à favoriser l'élaboration d'un ensemble de pratiques, de méthodes et d'objectifs communs. Ainsi, le mode d'application pourra varier d'une province et d'une région à l'autre, selon les ressources humaines et matérielles, les politiques et les priorités de chacune.

Eve Kassirer, sociologue médicale
Programme des lignes directrices cliniques
Division des services professionnels et des services en établissement
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
Avant-propos		iii
Membres du Groupe de travail		vi
Recommandations		viii
Lettre d'accompagnement		ix
Constitution et composition du Groupe de travail		x
Mandat		xi
Glossaire		xii
Chapitre I	INTRODUCTION	1
Chapitre II	INTERVENTION	7
Chapitre III	ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX DE L'INTERVENTION	13
Chapitre IV	LIGNES DIRECTRICES PRÉCISES RÉGISSANT L'INTERVENTION	27
Chapitre V	LIGNES DIRECTRICES PRÉCISES RÉGISSANT LE CONGÉ	35
Chapitre VI	LIGNES DIRECTRICES PRÉCISES RÉGISSANT LE SUIVI	39
Chapitre VII	LIGNES DIRECTRICES PRÉCISES RÉGISSANT L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE SOINS	41
Chapitre VIII	EXEMPLE DE CAS ILLUSTRANT LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE L'ERGOTHÉRAPIE	49
Chapitre IX	USAGES POSSIBLES DES DOCUMENTS	59
Ouvrages de référence		66
Annexe A	Lignes directrices générales relatives aux étapes de la pratique	70

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Thelma Gill, MEd, BScOT, OT(C) (Présidente)	Occupational Therapist-in-Chief Clarke Institute of Psychiatry Toronto (Ontario) M5T 1R8
Eve Kassirer, MA (Coordonnatrice)	Sociologue médicale Division des services professionnels et des services en établissement Direction des services de santé Santé et Bien-être social Canada Ottawa (Ontario) K1A 1B4
Seanne Wilkins, Dip OT, OT(C) (Secrétaire)	Présidente Association canadienne des ergothérapeutes Toronto (Ontario) M4R 1A3 (Préalablement directrice des services de réadaptation, Humber Memorial Hospital) Toronto (Ontario)
Elizabeth Townsend (Baglole), MAdEd, BScOT, OT(C)	School of Occupational Therapy Faculty of Health Professions Dalhousie University Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 3J5
Sharon Brintnell, MSc, BOT, OT(C)	Chairman and Professor Deparment of Occupational Therapy Faculty of Rehabilitation Medicine The University of Alberta Edmonton (Alberta) T6G 2G4
Anne Larson , BScOT	Préalablement directrice générale de l'Association canadienne des ergothérapeutes Toronto (Ontario)
Susan Laughlin, BSR, OT(C)	Director Rehabilitation Services Shaughnessy Hospital Vancouver (Colombie-Britannique) V6H 3N1

Micheline H. Marazzani, MSc, BSc (ergothérapie), Erg (C)	Professeur agrégé Responsable du Programme d'ergothérapie, École de réadaptation Faculté de médecine Université de Montréal Montréal (Québec) H3T 1A8
Joseph Marotta, MD, FRCPC	Associate Dean Clinical and Institutional Affairs Faculty of Medicine University of Toronto Toronto (Ontario) M5S 1A8
Barbara Quinn, BScOT, OT(C)	Associate Executive Director Director of Professional Services Community Occupational Therapy Associates Toronto (Ontario) M6A 2A6
Simon Ramesar, MB, ChB, DipPsych, FRCP C (Représentant de l'Association canadienne des psychiatres)	Associate Professor Family Medicine and Psychiatry Queen's University Kingston (Ontario) K7L 3N6

RECOMMANDATIONS*

À LA LUMIÈRE DU PRÉSENT RAPPORT, LE GROUPE DE TRAVAIL RECOMMANDE QUE :

1. ces lignes directrices soient diffusées à tous les ergothérapeutes au Canada afin d'améliorer la qualité des soins qu'ils offrent;

2. les organismes gouvernementaux encouragent et favorisent l'application de ces lignes directrices;

3. l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) facilite la mise sur pied de groupes de travail chargés d'analyser ces lignes directrices et leurs répercussions sur la profession;

4. les particuliers, l'ACE et les organismes provinciaux fassent part de leurs observations et suggestions à propos des lignes directrices au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social;

5. des recherches soient entreprises sur l'efficacité les méthodes et les pratiques en vigueur en ergothérapie.

---

* Voir les recommandations d'utilisations particulières au chapitre ix.

Canadian Association of Occupational Therapists
110 Eglinton Avenue West, 3rd Floor, Toronto, Ontario M4R 1A3 (416) 487-5404
Association Canadienne des Ergothérapeutes

Clarke Institute of Psychiatry
250 College Street
Toronto (Ontario) M5T 1R8

Le 16 juin 1986

Peter Glynn, PhD
Sous-ministre adjoint
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous transmettre le rapport du Groupe d'étude sur les lignes directrices régissant l'exercice de l'ergothérapie.

Le Groupe, qui a présenté son premier rapport en 1983, a été réuni de nouveau en 1984 avec pour mission de produire les lignes directrices régissant l'intervention. Le Groupe est composé de huit ergothérapeutes, d'un neurologue et d'un représentant de l'Association canadienne des psychiatres et un du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le rapport offre des lignes directrices précises régissant l'intervention, le congé, le suivi et l'évaluation du programme. Les membres du Groupe ont approuvé à l'unanimité ces lignes directrices.

Je tiens à remercier les membres de l'équipe de leur précieuse contribution et de leur soutien. Je suis particulièrement redevable à Mme Eve Kassirer, sociologue médicale à l'emploi de la Division des services professionnels et des services en établissement, pour l'encouragement et les conseils éclairés qu'elle nous a fournis tout au long du projet. Nous avons grandement apprécié le leadership et le soutien du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Thelma Gill

Thelma Gill, MEd, BScOT, OT(C)
Présidente
Groupe d'étude sur les lignes directrices régissant
l'exercice de l'ergothérapie.

CONSTITUTION DU GROUPE DE TRAVAIL

En 1979, le président du Conseil de l'exercice de la profession de l'Association canadienne des ergothérapeutes apprenait que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social était disposé à subventionner les associations professionnelles désireuses d'élaborer des lignes directrices régissant l'exercice de la profession. Par la suite, on a réuni un groupe d'ergothérapeutes qui devaient travailler en collaboration avec un représentant du Ministère. Ces thérapeutes ont été choisis en fonction de leur lieu de résidence, de leur domaine de spécialisation et de leur engagement actif à l'égard de leur profession. L'Association des psychiatres du Canada a accepté de nommer un représentant au sein du groupe. Ainsi, un groupe de travail a été constitué et chargé d'élaborer des lignes directrices visant à améliorer la qualité des soins en ergothérapie. Après la publication du premier rapport, un neurologue a été mis à contribution par l'équipe, pour la production du second document.

COMPOSITION ET REPRÉSENTATIVITÉ DU GROUPE DE TRAVAIL

Le Groupe de travail, composé de 11 membres, comprend huit ergothérapeutes, un psychiatre, un neurologue et une sociologue médicale.

Les caractéristiques du Groupe de travail, c'est-à-dire la région d'origine, le sexe et le lieu de travail des membres sont indiquées ci-après.

CARACTÉRISTIQUES	NOMBRE DE MEMBRES
RÉGIONS DU CANADA	
Est	1
Centre	8
Ouest	2
SEXE	
Femme	9
Homme	2
LIEU DE TRAVAIL	
Université	3
Hôpital	4
Collectivité	2
Gouvernement	1
Association professionnelle	1

MANDAT

Les membres du Groupe de travail ont convenu du mandat suivant :

I Élaborer des lignes directrices spécifiques régissant l'intervention en ergothérapie, autrement dit :

a) passer en revue les lignes directrices et les normes actuellement en vigueur au Canada et dans d'autres pays;
b) arriver à un consensus sur la pertinence des mesures actuelles et des nouvelles lignes directrices, et
c) définir des types d'intervention pratiqués par les ergothérapeutes.

II Rédiger un rapport sur les lignes directrices établies en matière d'intervention, sur l'élaboration de programmes et les activités à venir.

CALENDRIER DES RÉUNIONS

2 et 3 février 1984	Ottawa
21 et 22 juin 1984	Ottawa
22 et 23 novembre 1984	Ottawa
7 et 8 mars 1985	Ottawa
19 et 20 septembre 1985	Ottawa
10 et 11 décembre 1985	Ottawa
13 et 14 février 1986	Ottawa

GLOSSAIRE DES TERMES EMPLOYÉS DANS LE PRÉSENT RAPPORT*

Pour faciliter ses discussions, le Groupe de travail a défini les termes suivants associés à l'évaluation de la qualité des soins, en ce qu'ils ont trait à l'ergothérapie.

ACTIVITÉ	Acte, fonction ou domaine d'action qui repose sur le concept de l'apprentissage ou de la réalisation par l'expérience directe (Reed et Sanderson, 1980).
ACTIVITÉ DIRIGÉE	Application thérapeutique des tâches ou activités qui tendent à un but, qui sont utiles au client et adaptées au stade de sa vie.
ADAPTATION	Ajustement d'un organisme à son milieu ou processus par lequel il renforce cet état d'équilibre (d'après Bordas, Dictionnaire de psychologie, page 21).
ADAPTATION TEMPORELLE	Influence de l'espace vital et des exigences de ses rôles sur l'orientation d'un individu et sur le temps consacré aux divers domaines de l'activité humaine.
ANOMIE	État d'un individu chez qui les normes de conduite et les valeurs sont faibles ou déficientes, caractérisé par l'absence de buts, l'isolement social et un problème d'identité
APPROCHE	Méthodes et techniques qui dirigent l'utilisation d'un médium thérapeutique
APTITUDE D'ADAPTATION	Aptitude à sublimer les pulsions, à trouver les sources d'insatisfaction et de gratification; à tolérer les frustrations et l'anxiété; à éprouver de la gratification et à maîtriser les impulsions (normes de l'AOTA***, 1978).
APTITUDE	Capacité de faire la preuve de ses connaissances.
BUT	Objet du programme d'un client ou des activités du thérapeute.
CADRE CONCEPTUEL	Voir Milieu.
CAPACITÉ FONCTIONNELLE	Activités du client liées aux soins personnels, au travail productif et aux loisirs, et qui dépendent de facteurs environnementaux et sociaux (Reed et Sanderson, 1980).

* et *** Voir page xvi.

CLIENT	Bénéficiaire de services d'ergothérapie.
COGNITION	Connaissance ou perception de l'information.
CONCEPT DU TRAVAIL EN ÉQUIPE	Deux personnes ou plus qui possèdent chacune des compétences particulières et qui œuvrent à la réalisation d'objectifs communs.
CONTRÔLE DE LA QUALITÉ	Processus qui comprend à la fois l'évaluation du niveau de qualité des soins et les mesures nécessaires pour l'améliorer (Rosenthal, 1977).
DIMENSION SOCIOCULTURELLE	Voir Éléments de la capacité fonctionnelle.
DIMENSION SPIRITUELLE	Voir Éléments de la capacité fonctionnelle.
DIMENSION MENTALE	Voir Éléments de la capacité fonctionnelle.
DIMENSION PHYSIQUE	Voir Éléments de la capacité fonctionnelle.
DOMAINES DE L'ACTIVITÉ HUMAINE	Loisirs - moments dont on peut librement disposer en dehors des activités professionnelles et personnelles. Travail productif - Activité ou tâches* confiées à une personne pour pourvoir à ses besoins, à ceux de sa famille et de la société par la production de biens et de services (d'après Santé et Bien-être social Canada et l'ACP, 1980). Soins personnels - activité ou tâche courante qui entretient la santé et le bien-être d'une personne dans son milieu (adapté de Reed et Sanderson, 1980).
EFFICACITÉ	Capacité d'un programme de réaliser, dans des conditions optimales, des objectifs identifiés.
EFFICIENCE	Capacité d'un programme de réaliser des objectifs identifiés, au moindre coût possible.
ÉLÉMENTS DE LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE	Dimension mentale - réaction émotive et intellectuelle globale d'un individu à son milieu (d'après Webster, 1981). Dimension physique - fonctions motrice et sensorielle (Reilly, 1962).

*Voir page xvi.

	Dimension socioculturelle - dimension qui englobe les rapports interpersonnels d'un client avec ses différents milieux soit: familial, scolaire, ethnique et communautaire.
	Dimension spirituelle - état de bien-être; force qui imprègne toute vie et lui donne un sens.
ENGAGEMENT	Participation active d'un client à une activité dirigée vers un but.
ÉQUIPE	Deux ou plusieurs personnes possédant une connaissance particulière et travaillant ensemble à la réalisation d'objectifs communs.
ERGOTHÉRAPIE	Art et science fondés sur l'analyse et la pratique d'activités spécialement axées sur les soins personnels, le travail productif et les loisirs. Par l'évaluation, l'analyse et le traitement, les ergothérapeutes s'attaquent aux problèmes fonctionnels ou d'adaptation des personnes dont la capacité fonctionnelle est diminuée par la maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble du développement, un handicap social ou par le vieillissement. Le but est de prévenir l'incapacité et de promouvoir, de préserver ou de rétablir la capacité fonctionnelle, la santé et le bien-être spirituel. De plus, les services d'ergothérapie peuvent être intégrés au réseau de services sociaux, de santé et d'enseignement (groupe de travail du MSNBS** et de l'ACE*, 1983).
ÉVALUATION	Cueillette, analyse et interprétation de données obtenues par l'observation, les entretiens, l'étude de dossiers et les épreuves.
ÉVALUATION FONCTIONNELLE	Évaluation de l'interaction des dimensions mentale, physique, socioculturelle et spirituelle, permettant l'exercice d'activités liées au fonctionnement occupationnel.
ÉVALUATION DE LA QUALITÉ	Mesure du niveau de qualité des soins administrés à un moment ou à un autre; ne suppose aucune tentative de changement ou d'amélioration de ce niveau de soins (Rosenthal, 1977).
SERVICES	Activités exécutées qui concernent le support ou un supplément aux services directs au client.

* et **Voir page xvi.

INDIVIDU	Personne considérée comme ayant des caractéristiques distinctes.
INTERVENTION	Processus qui consiste à intercéder auprès de quelqu'un pour modifier sa capacité fonctionnelle, par l'entremise d'activités dirigées. Il dépend du niveau de développement, de l'état d'esprit, de l'état de santé actuel et prévu du client, du moment, du cadre et des ressources disponibles.
LIGNE DIRECTRICE	Énoncé dont s'inspirent les normes ou les critères de mesure de la qualité des soins.
LOISIRS	Voir Domaines de l'activité humaine.
MILIEU	Culturel: éthique et système de valeurs d'un groupe de personnes ou d'un peuple. Physique: milieu naturel et construit d'un individu; limites structurelles de son espace de vie. Social: interaction des personnes dans une communauté.
MILIEU CULTUREL	Voir Milieu
NORME	Niveau de rendement souhaité et réalisable, qui sert de référence à l'évaluation de la capacité réelle. Il s'agit d'un énoncé souvent exprimé sous forme de chiffre ou de pourcentage.
OBJECTIF	Activité précise et mesurable qui vise à atteindre un but.
OCCUPATIONS	Activités ou tâches auxquelles une personne consacre son temps et son énergie; il s'agit surtout d'activités concernant les soins personnels, le travail productif et les loisirs (d'après Reed et Sanderson) 1980).
PROCESSUS	Événement ou activité qui se produit lorsqu'un client participe à un programme de soins de santé.
PROFESSIONNALISATION	Étendue du corpus unique de connaissances et de compétences propre à une profession.
QUALITÉ DES SOINS	Degré d'excellence de la prestation des services.

RÉÉVALUATION	Processus qui consiste à obtenir et à interpréter les données nécessaires à la mise à jour des objectifs et des plans d'intervention (terminologie uniformisée de l'ACE*).
RENDEMENT	Résultats réels obtenus dans la réalisation d'objectifs identifiés.
RÉSULTAT	Conséquences ultimes des soins administrés.
SERVICES D'ERGOTHÉRAPIE	Structure organisationnelle et réseau à l'intérieur desquels sont dispensés des programmes d'ergothérapie (AOTA*** Role Delineation, 1979)définition du rôle de l'ACE).
SERVICES DIRECTS AU CLIENT	Interaction thérapeutique planifiée, qui fait l'objet d'une évaluation continue et qui concerne un client ou un groupe de clients (d'après l'ébauche du Système des mesures de travail pour les traitements en ergothérapie, Santé et Bien-être social Canada, janvier 1985).
SERVICES INDIRECTS AU CLIENT	Activités servant de préparation ou de complément aux services directs au client.
SOINS PERSONNELS	Voir Domaines de l'activité humaine.
STRUCTURE	Organisation et ressources qui servent de cadre à la prestation des services.
THÉORIE	Série d'hypothèses, de préceptes et de règles posés en vue d'analyser, de prévoir ou d'expliquer la nature du développement d'un phénomène (Reed et Sanderson, 1983).
APPROCHE HOLISTIQUE	Perception globaliste du client; état de santé général perçu comme étant une conséquence de l'interaction complexe de facteurs mentaux, physiques, socioculturels et spirituels.

---

* ACE: Association canadienne des ergothérapeutes
** MSNBS: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
*** AOTA: American Occupational Therapy Association

CHAPITRE I: INTRODUCTION

1. APERÇU GÉNÉRAL DU RAPPORT

Ce document continue l'étude sur la pratique de l'ergothérapie axée sur le client, amorcée dans le précédent ouvrage, intitulé "Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client". Après un préambule qui traite de questions telles que la professionnalisation et l'ergothérapeute comme membre d'une équipe, les auteurs du rapport définissent l'intervention et présentent cinq éléments fondamentaux de l'intervention : l'activité spirituelle, la motivation, la relation thérapeutique, l'enseignement et l'apprentissage, et enfin l'éthique. Ils exposent ensuite des lignes directrices précises pour les quatre dernières étapes de la pratique, à savoir, l'intervention, le congé, le suivi et l'évaluation du programme. Enfin, ils proposent une histoire de cas où il est question de toutes ces étapes, dans la mesure où elles concernent un client.

Ce rapport offre des lignes directrices et non pas des normes relatives à la pratique de la profession. On observe une nette tendance à délaisser la définition de normes au profit de l'élaboration de lignes directrices par voie de consensus. Les normes ont l'inconvénient de changer à peine imprimées et de nécessiter de constantes révisions. En outre, il y a lieu de veiller à ce qu'elles soient respectées, ce qui est coûteux. Les lignes directrices, par contre, s'appliquent au comportement professionnel des particuliers comme des organismes; sont souples et faciles à remanier à la lumière de nouvelles données, et il peut ou non être nécessaire de veiller à leur mise en application. Les lignes directrices peuvent être perçues comme des instruments qui servent à la formation continue.

Les bénéficiaires de services d'ergothérapie appartiennent à toutes les catégories diagnostiques et à tous les groupes d'âge. Les clients sont représentatifs de toutes les phases du cycle de la vie en ce sens qu'il peut tout aussi bien s'agir d'un nouveau-né qui a besoin de stimulation dans le cadre d'un programme de soins intensifs que d'une personne âgée bien portante qui bénéficie d'une intervention chez elle. C'est le rôle de l'ergothérapeute comme clinicien qui est analysé en détail dans ce rapport. L'ergothérapeute peut remplir bien d'autres rôles, notamment, celui d'administrateur, d'éducateur, d'expert-conseil ou de chercheur, mais aucun d'entre eux n'est examiné ici en profondeur.

Les programmes d'ergothérapie sont mis en oeuvre dans des cadres divers. Bien que le milieu hospitalier traditionnel fasse toujours partie des cadres privilégiés, un nombre de plus en plus grand de programmes sont offerts dans des cadres communautaires, par exemple, des foyers, des centres de formation, des centres récréatifs, des écoles, des programmes de jour, des organismes privés, des cliniques et des milieux de travail. Certains cadres n'offrent que des services spécialisés comme les programmes à l'intention des enfants atteints de troubles du développement ou des personnes souffrant d'incapacité physique dans les cliniques de la Commission des accidents du travail. Un service en pleine expansion partout au Canada est celui des soins à domicile,

où l'on introduit constamment de nouvelles formules. Dans la plupart de ces cadres, l'ergothérapeute travaille comme membre d'une équipe à qui il fournit des ses connaissances et ses compétences pour répondre aux besoins du client.

2. ANALYSE DU MODÈLE DE FONCTIONNEMENT OCCUPATIONNEL AXÉ SUR LE CLIENT

Les trois premières étapes de la pratique, à savoir l'orientation, l'évaluation et la planification de programme, ont été examinées dans le précédent rapport, "Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client", qui expose un choix de lignes directrices utilisées afin d'évaluer l'évolution d'un client à l'intérieur d'un programme d'ergothérapie.

Chaque étape du processus est analysée à la lumière du concept de la pratique axée sur le client (voir figure I). Le modèle, qui est une adaptation des travaux de Reed et Sanderson (1980), repose sur l'idée que la personne se trouve au centre de nombreuses sphères en interaction. La capacité fonctionnelle de l'individu se départage en trois domaines : les soins personnels, le travail et les loisirs. Ces éléments dépendent des dimensions mentale, physique, socioculturelle et spirituelle de l'intéressé. L'intégration harmonieuse de ces quatre éléments est essentielle au bon fonctionnement et au sentiment de bien-être de l'individu. L'être humain réalise cette intégration lorsqu'il entre en interaction avec son milieu social, culturel et physique qui agit sur lui et sur lequel il exerce une influence.

Le modèle repose aussi sur une approche systémique, où la rétroaction permet une adaptation continue de la part des clients, des thérapeutes et de l'environnement. Dans un contexte environnemental, le client passe à travers les différentes étapes du processus. Le thérapeute intègre sans cesse au programme l'information provenant du milieu, qui influe sur le processus. Ainsi, le processus est adapté aux besoins de la personne et aux exigences du milieu auxquelles elle choisit de se conformer. Ainsi, les services d'ergothérapie peuvent être perçus comme un système ouvert, en perpétuelle interaction avec le milieu.

3. PROFESSIONNALISATION

L'ergothérapie est une profession en développement qui a évolué à grands pas depuis les années soixante. Il existe de nombreux signes révélateurs de cette évolution : enrichissement du corpus de connaissances et de compétences, consolidation des associations professionnelles, renforcement du leadership, de l'identité, de la portée de la pratique et de la recherche.

Cette augmentation de connaissances et de compétences dans la profession et le réseau de soins a conduit l'ergothérapie à une autonomie croissante, le dégageant de la tutelle médicale.

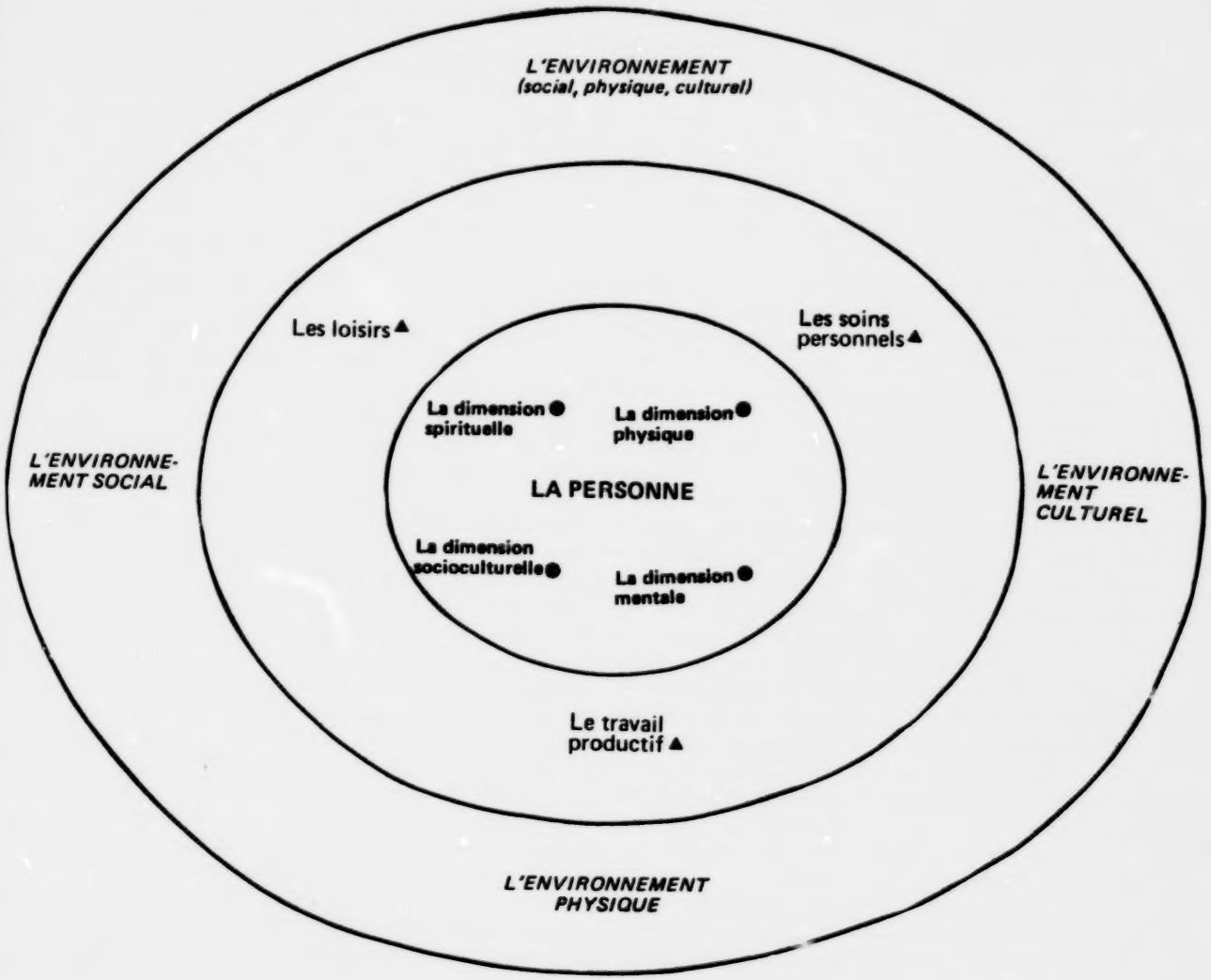

FIGURE 1: INTERACTION DANS UN MODÈLE AXÉ SUR LA CAPACITE FONCTIONNELLE■

● Éléments de la capacité fonctionnelle
▲ Domaines de l'activité humaine
■ D'après Reed et Sanderson, 1980

À l'heure actuelle, l'ergothérapie se charge elle-même de préciser ses propres besoins et solutions sur les plans de la formation, de la pratique et de l'évaluation. Par conséquent, les ergothérapeutes s'attendent maintenant à établir avec leurs collègues des rapports marqués par la collaboration, la mise en commun des connaissances et la concertation des efforts.

En outre, l'image associée au rôle professionnel s'insère de plus en plus dans un courant de pensée holistique qui consiste à venir en aide aux personnes souffrant de n'importe quel type de trouble. Avec cette vision des choses, le champ d'intervention de la pratique axée sur le client s'étend rapidement pour les ergothérapeutes qui oeuvrent dans des cadres très divers (établissements et milieu communautaire, milieu médical ou non médical).

Compte tenu de l'identité plus nette et de l'élargissement du champ d'intervention, l'enseignement en ergothérapie puise maintenant dans la masse de connaissances et de théories appartenant aux sciences sociales, à la gestion, à l'enseignement et au développement communautaire, ainsi qu'à la médecine qui demeure une des principales sources de connaissances qui alimentent l'ergothérapie. À l'heure actuelle, les étudiants apprennent à interpréter les demandes adressées aux ergothérapeutes, à définir les objectifs immédiats et à long terme, à planifier des programmes, à s'occuper d'administration, de gestion et de recherche ainsi que des domaines traditionnels de l'évaluation et de l'intervention. De plus en plus les méthodes de recherche qualitative et quantitative servent à la validation des instruments d'évaluation, à l'évaluation de programmes, à la détermination de la capacité fonctionnelle et à l'étude de questions d'ordre professionnel de tous genres. Les cliniciens, les administrateurs et les universitaires qui font partie de la profession s'intéressent tous, directement ou non, au contrôle de la qualité des soins et à la recherche. Ainsi, grâce à la recherche, la profession parvient à mieux définir son identité et à enrichir le corpus de connaissances propre à l'ergothérapie concernant le fonctionnement et l'activité de l'être humain.

4. CONCEPT DU TRAVAIL EN ÉQUIPE

Étant donné l'accroissement des connaissances et des informations observé dans chaque domaine de la pratique, le concept du travail en équipe est apparu comme essentiel à l'intensification des échanges entre les pourvoyeurs de soins et au rehaussement de la qualité des services dispensés au client. Les membres de l'équipe peuvent être des professionnels et des non-professionnels possédant des compétences diverses.

L'ergothérapeute peut oeuvrer dans divers cadres qui peuvent ou non lui donner l'occasion de faire partie d'une équipe bien définie. Lorsqu'une telle équipe existe, il y a lieu d'établir la distinction entre l'approche pluridisciplinaire et l'approche interdisciplinaire. Dans le premier cas, chaque discipline intervient individuellement auprès du client, ce qui se traduit souvent par un manque de coordination; dans le deuxième cas, par contre, des tâches précises sont clairement attribuées à des membres particuliers de l'équipe, qui peuvent à leur tour solliciter au besoin l'aide d'autres membres. Cette approche permet une mise en valeur maximale des compétences de chaque membre, selon les besoins du client (McDougall et Taylor, 1978).

En l'absence d'une équipe bien définie, il est important que l'ergothérapeute connaisse le réseau de professionnels qui dispensent des services de consultation. L'ergothérapeute qui ne bénéficie pas du soutien d'une équipe doit absolument voir à s'adjoindre au besoin la collaboration d'autres professionnels.

Afin de fonctionner de façon efficace dans l'équipe, l'ergothérapeute doit agir avec confiance dans son propre rôle et reconnaître la valeur du rôle des autres. Il est essentiel d'être toujours conscient des aspects de son comportement qui peuvent affecter l'équipe tels que son système de valeurs, son groupe de référence, sa base de connaissances et son image de soi.

Tout membre éventuel d'une équipe doit être au courant des éléments nécessaires au bon fonctionnement d'un groupe interdisciplinaire. Le concept du travail en équipe n'est concevable que dans un cadre où il existe à la fois du soutien et des sanctions. L'équipe doit pouvoir compter sur l'engagement des divers groupes de gestionnaires et de cliniciens, dont les membres peuvent être mis à contribution. Chaque membre de l'équipe doit prendre part à la formation continue, comprendre l'évolution de l'équipe et y jouer un rôle actif.

Il est important que l'ergothérapeute puisse faire une distinction entre le chef dans les faits et le chef officiel. Le premier a pour fonction de confirmer de façon définitive les décisions de l'équipe, de déléguer et de coordonner les responsabilités de l'équipe afin de faciliter la prise de décisions. L'ergothérapeute peut assumer ce rôle. Le pouvoir de décision reste entre les mains du chef officiel, qui est souvent désigné par la loi ou par une politique interne. Cette personne peut varier d'un cadre à l'autre. (McDougall et Taylor, 1978).

Les ergothérapeutes qui font partie d'une équipe interdisciplinaire doivent aussi être conscients des avantages et responsabilités associés au travail d'équipe. L'équipe permet d'exploiter de façon plus judicieuse les compétences et d'offrir un éventail plus complet de services. Le recours aux services de consultation assurés par une équipe permet de passer en revue les problèmes posés par le client et sa famille, et partant, de déterminer s'il y a lieu d'orienter les efforts vers l'évaluation et l'intervention immédiate. Tous les membres de l'équipe se voient offrir la possibilité d'apprendre par leur participation. En outre, l'équipe permet de disposer d'une tribune pour l'examen et l'évaluation continus de son fonctionnement. Enfin, elle offre l'occasion de promouvoir l'épanouissement personnel et collectif dans un contexte dynamique.

La direction démocratique inhérente au concept du travail d'équipe peut devenir lente et encombrante; il est donc capital que les fonctions de chacun soient clairement comprises et que des limites soient établies et acceptées par l'ensemble des membres.

Cette approche interdisciplinaire est considérée par le groupe d'étude comme la façon la plus efficace de dispenser des services plus complets au client. Les membres de l'équipe doivent être conscients de leurs compétences particulières et de la façon dont celles-ci complètent celles des autres membres de l'équipe.

CHAPITRE II: INTERVENTION

A. INTRODUCTION

L'expression anglaise "a practice profession" a été utilisée pour décrire l'ergothérapie et d'autres disciplines dont les origines sont identifiées aux tâches et aux services rendus. L'ensemble de leurs connaissances a évolué de manière à mettre à profit leurs habiletés et techniques dans une situation spécifique tout en les appliquant graduellement à d'autres. À ses débuts, l'ergothérapie ne présentait pas une philosophie claire du besoin pour l'individu de s'engager délibérément, mais plutôt montrait une observation de l'effet de l'activité dirigée sur le comportement du client. Cette stratégie d'intervention était utilisée pour produire des changements comportementaux qui pourraient éventuellement mener à plus d'autonomie. En ergothérapie, l'intervention est un processus qui consiste à intercéder pour produire des changements fonctionnels, par le recours à l'activité dirigée. Elle est conditionnée par le stade de développement, l'état d'esprit, l'état de santé actuel et prévu du client, par le moment choisi, le cadre et les ressources disponibles. L'intervention est seulement une étape du processus de l'ergothérapie et ne devrait pas être isolée de l'évaluation, du programme ou du congé, du suivi et de l'appréciation du programme. Ensemble, ils représentent une partie de la structure du modèle de pratique.

B. LE DÉVELOPPEMENT CONCEPTUEL

Selon Reed (1984a), un modèle est un outil de stimulation des idées afin de guider les conceptualisations et, par le fait même, de mettre au point des explications. Pour qu'un modèle soit fonctionnel, surtout un modèle de pratique, il importe d'avoir un cadre conceptuel qui délimite les hypothèses et les concepts. Un cadre conceptuel s'élabore à partir de fondements philosophiques découlant des systèmes de valeurs et de croyance de même que des connaissances. C'est en fait une série de données choisies dont on tire les paramètres à l'origine des hypothèses et concepts qui serviront de base au modèle lui-même (Reed, 1984b), (voir figure 2).

Par exemple, si on se sert d'un modèle behavioriste pour évaluer la performance, on s'appuie sur l'hypothèse que le comportement peut être affecté par des stimuli extérieurs. Une partie de l'évaluation et de la cueillette des données consiste alors à observer le client et à identifier les stimuli extérieurs qui agissent comme renforcements. La stratégie d'intervention se fondera sur les principes d'apprentissage pour modifier le comportement par le modelage, le changement, la généralisation et l'extinction. En clinique, un modèle behavioriste s'emploie souvent pour transformer le comportement d'un client souffrant d'anorexie mentale; l'ergothérapeute agit alors comme agent de contrôle et dispense renforcement et gratifications lorsque les buts visés sont atteints.

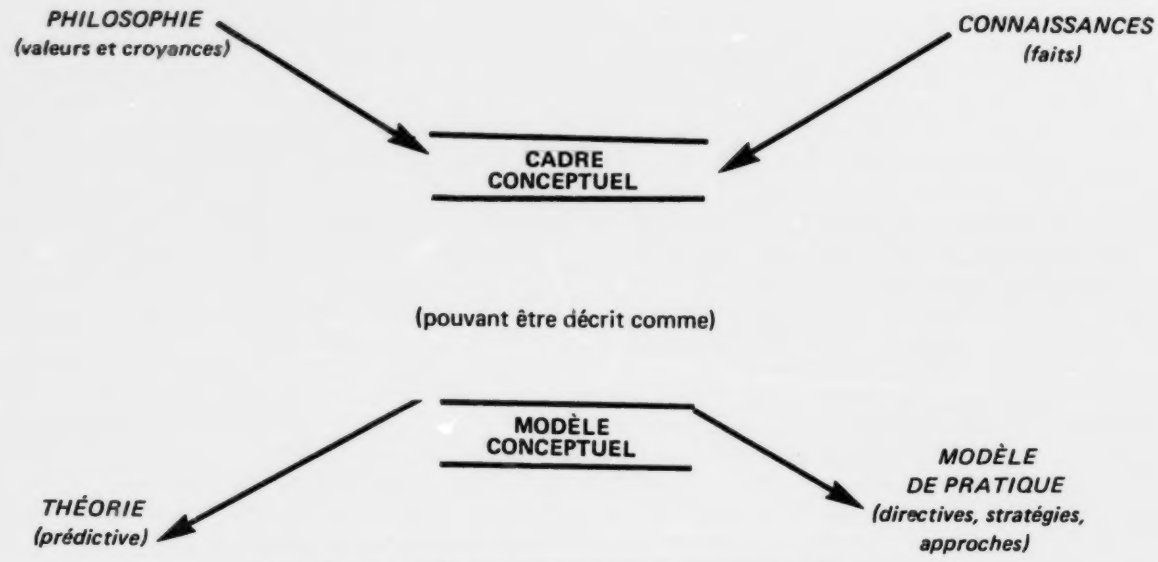

FIGURE 2: DÉVELOPPEMENT CONCEPTUEL

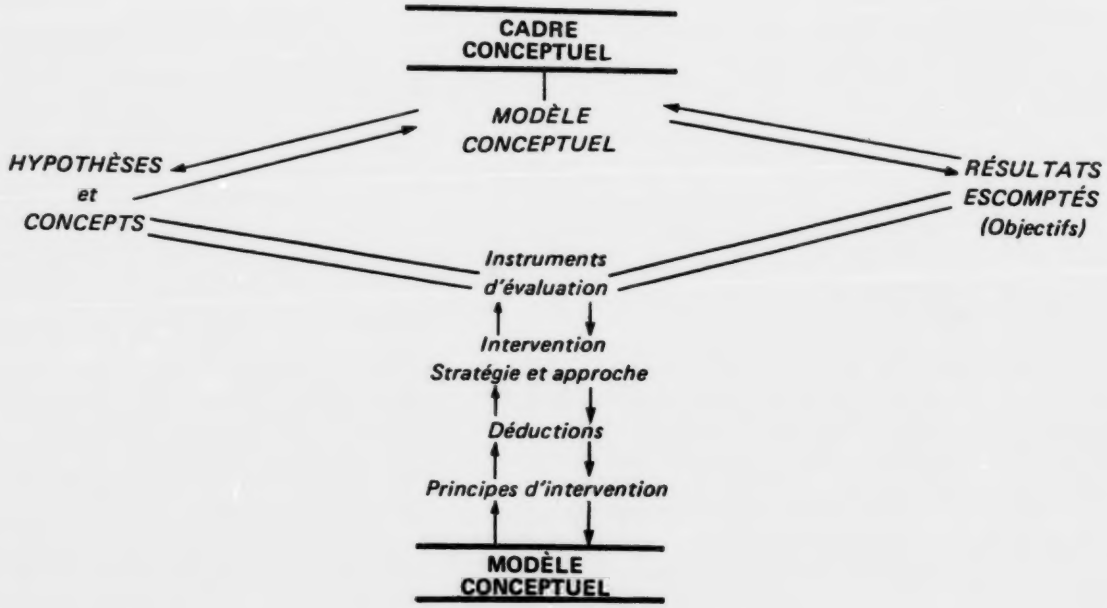

FIGURE 3: MODÈLE DE PRATIQUE

La présente stratégie d'intervention résulte du choix d'un cadre conceptuel et de l'application de ses principes en vue de rencontrer les buts de l'intervention, (voir figure 3). Pour de nombreux clients, il y a souvent plus d'un but; aussi dans ces cas peut-on retrouver un certain nombre de composantes de performance. Et pour s'en occuper, il est quelquefois nécessaire de se servir de différents modèles (Mosey, 1981) pour que s'effectue un changement. Le patient déprimé, ayant subi un accident cérébro-vasculaire nécessite un cadre conceptuel pour modifier son état mental (psychodynamique) et un autre pour restaurer la fonction d'un membre paralysé (neurodéveloppemental). Les stratégies de médias ou de modalités d'intervention à utiliser comprennent : les arts créatifs et les jeux lors d'activités récréatives ; l'équipement requis ; la méthode d'enseignement, c'est-à-dire la démonstration et la réalisation ; et l'approche spécifique pour arriver au but fixé ; cette dernière peut regrouper des activités graduées allant du simple au complexe afin que le client apprenne, maîtrise l'habileté et connaisse le succès (Reed, 1984a). L'utilisation de techniques spécialisées s'emploie souvent de concert avec une activité spécifique. Quelques-unes des approches peuvent s'appliquer à une série de composantes ou de sphères de performance occupationnelle alors que d'autres sont plus spécifiques.

C. L'ADAPTATION COMME POINT DE DÉPART DE L'INTERVENTION

On entend par adaptation l'ajustement ou le changement que doit faire un individu pour rehausser sa capacité de survie et de fonctionnement (King, 1978). Elle apparaît comme un concept clé et unificateur dans la pratique de l'ergothérapie axée sur le client (West, 1984). Le concept selon lequel l'adaptation occupe une place privilégiée en ergothérapie ne date pas d'hier (Meyer, 1922) et repose sur les principes philosophiques de la profession, qui veulent que l'autonomie soit préférable à la dépendance, qu'une source de détermination interne vaille mieux qu'une source externe, et que l'être humain ait le droit d'aspirer à une existence sensée et de chercher à se réaliser par une interaction dirigée vers un but (Yerxa, 1979).

En ergothérapie, l'adaptation, considérée dans une perspective holistique, touche à n'importe quel domaine de l'activité humaine, perçue en rapport avec l'environnement dans lequel évolue la personne (Kielhofner, 1982). Les ergothérapeutes peuvent intervenir de façon à promouvoir l'adaptation chez les personnes dont la capacité fonctionnelle, dans n'importe quel domaine de l'activité humaine, est diminuée ou risque de l'être par une maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble du développement, un handicap social ou le vieillissement.

Ainsi, l'adaptation peut être perçue à la fois comme un processus et comme le résultat d'une pratique axée sur le client. Le processus d'adaptation suppose que le sujet soit prêt au changement et implique l'analyse du fonctionnement, la résolution de problèmes, l'apprentissage, le changement biologique et la prise de décisions, au cours des différentes étapes (Fiddler et Fiddler, 1978). L'adaptation se produit aux différentes étapes du processus de la pratique axée sur le client. Un client qui consent à être adressé à un ergothérapeute a déjà entamé le processus d'adaptation en admettant ouvertement qu'il a besoin d'aide. Des clients qui acceptent de consulter un ergothérapeute pour des

raisons autres que la volonté de s'aider eux-mêmes ou les clients qui sont adressés à un thérapeute sans leur consentement ont d'autres problèmes à régler avant de pouvoir s'adapter à une situation permanente ou temporaire. Au cours des étapes de l'évaluation et de la planification de programme, le processus d'adaptation débute à partir du moment où le thérapeute et le client entreprennent en commun de cerner les problèmes et de trouver les solutions possibles. L'objectif d'un client peut consister à s'adapter à une incapacité dans le quotidien, par exemple, le fait de vivre dans un fauteuil roulant, réalité qui peut exiger un effort d'acceptation. L'adaptation à une nouvelle routine ou à un nouveau mode de vie, par exemple établir un mode de communication différent avec les membres de la famille ou s'acquitter des soins personnels à l'aide de nouvelles techniques, peut exiger le recours au règlement de problèmes et à la prise de décisions lorsque les options offertes sont nombreuses. Pendant les étapes de l'intervention, du congé et du suivi, l'adaptation se poursuit à mesure que le client explore le nouveau mode de vie associé à un problème permanent, ou s'efforce de retrouver ses anciennes habitudes de vie à la suite d'une incapacité temporaire.

L'adaptation peut également être perçue comme le résultat de la pratique axée sur le client. Le client et l'ergothérapeute travaillent ensemble à la définition des objectifs qui représentent l'aboutissement du processus d'adaptation. Par exemple, dans le cadre d'une activité physique, l'adaptation peut exiger que l'on se fixe des objectifs liés aux changements biologiques, par exemple accroître sa force musculaire ou sa coordination. L'adaptation émotionnelle peut supposer entre autres que l'on modifie sa perception de soi ou son pouvoir de contrôle sur ses émotions. L'adaptation cognitive peut supposer que l'on acquière de nouvelles aptitudes cognitives à la suite d'un traumatisme crânien ou que l'on acquière des aptitudes à régler des problèmes pour composer avec le bouleversement du mode de vie entraîné par une maladie mentale. L'adaptation spirituelle peut être un objectif poursuivi en ergothérapie lorsque le client a du mal à trouver un sens à la vie et à ne pas perdre l'estime de soi face à ses propres limites. Le concept de l'adaptation est indissociable des objectifs rattachés à l'amélioration du fonctionnement sur les plans des soins personnels, du travail ou des loisirs. Enfin, les objectifs de l'adaptation peuvent être rattachés au stade du développement, en ce sens que l'individu cherche à s'adapter au changement de mode de vie ou à la réalisation des désirs, associés à l'adolescence, au statut de parent, à la retraite et à la mort.

D. ACTIVITÉ EN INTERVENTION

L'activité est au coeur du processus ergothérapeutique (Willson, 1983; Mosey, 1981; Kielhofner, 1984; Reed, 1984) et c'est donc une modalité spécifique par rapport aux autres disciplines de la santé. Activité dirigée, engagement significatif sont des termes qui ont souvent été utilisés pour décrire le processus expérientiel inhérent à tout programme d'ergothérapie (Reed, 1984). On a recours à l'action ou à l'occupation pour faciliter l'adaptation et accroître les compétences dans divers domaines qui relèvent de la capacité fonctionnelle (Cynkia, 1979). L'activité représente une façon de réagir à l'environnement humain et à l'environnement non humain, de sorte qu'en étant actif, l'individu influe sur son univers et est influencé par lui, et parvient à dominer son

environnement (Reilly, 1962). Selon une autre vision des choses, l'activité est indispensable à l'actualisation de soi en ce sens qu'elle procure à l'individu un sentiment de satisfaction interne et de compétence (Fidler et Fidler, 1978).

Si l'on parcourt la documentation, on s'aperçoit que l'activité est la pierre angulaire de l'ergothérapie, soit comme cadre conceptuel, un moyen d'explorer la fonction et d'accroître les habiletés, soit comme une façon de faciliter l'adaptation. L'activité sert de stimulus à toutes les composantes de la capacité fonctionnelle et a pour effet de promouvoir les soins personnels, le travail productif et les loisirs. Si l'on part du principe que l'être humain a besoin de s'occuper, et que, ce faisant, il accroît ses compétences et aptitudes, l'ergothérapie se sert de l'activité comme expérience directrice et d'apprentissage (Fidler et Fidler, 1978).

Le terme activité englobe les tâches spécifiques reliées aux trois domaines du fonctionnement occupationnel. L'activité recouvre également des aspects moins tangibles de l'occupation humaine qui sont nécessaires à un style de vie équilibré et à l'interaction avec son environnement.

Les activités ne sont pas assujetties aux limites socioculturelles, et sont sélectionnées en fonction des rôles que le client est appelé à jouer dans la vie ainsi que des objectifs relatifs à la capacité fonctionnelle, qui ressortent de l'évaluation. L'analyse de l'activité tient compte des exigences de l'exécution, qui a été décrite selon un certain nombre de continuums qui vont du simple au complexe, du non-structuré au structuré, du souple au rigide; de l'exécution individuelle à l'exécution de groupe. Si la tâche comporte un élément temporel, celui-ci doit être pris en considération dans l'analyse de l'activité. Les aspects physique, mental, socioculturel et spirituel de l'activité doivent tous être évalués dans le cadre du processus de sélection, outre l'aspect plus concret de la tâche proprement dite. Il ne faut pas non plus perdre de vue la signification symbolique de la tâche et son interprétation par le client et par le thérapeute.

Les moyens choisis pour effectuer l'évaluation et réaliser les objectifs de l'intervention peuvent être classés de différentes façons (Reed, 1984a). Le choix dépend également de l'expérience et de l'ingéniosité du thérapeute ainsi que des ressources dont il dispose. Les moyens retenus doivent être adaptés au client et conformes à son système de valeurs et à son contexte socioculturel.

E. RÉSUMÉ

L'intervention n'est pas une stratégie indépendante utilisée pour modifier l'une des composantes de la performance occupationnelle. Elle doit être congruente avec les autres parties du processus d'ergothérapie. Les instruments d'évaluation et les outils utilisés pendant une intervention doivent avoir une relation avec les résultats prévus par le modèle de pratique. Dans LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AXÉE SUR LE CLIENT (le rapport du Groupe de travail mis sur pied par l'ACE et le MSNBS

en 1983), on a relié plus spécifiquement le choix du cadre conceptuel à la planification du programme. En réalité, le choix d'un modèle de pratique particulier signifie que son cadre conceptuel régira tous les aspects du processus d'ergothérapie.

La sélection d'un cadre conceptuel chapeautant le processus d'ergothérapie se fait parmi un vaste choix, mais de plus en plus, dans les ouvrages disponibles, on identifie l'occupation, qu'elle soit reliée au comportement (Reilly, 1962), à la performance (Groupe de travail du MSNBS et de l'ACE, 1983 ; Reed et Sanderson, 1980), ou à l'activité humaine (Keilhofner et Burke, 1980), comme un concept central pour la profession.

Le modèle de performance occupationnelle tel qu'on le mentionne au chapitre I donne au lecteur une représentation symbolique des concepts fondamentaux sous-tendant l'ergothérapie. Les lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client fournissent un modèle de pratique (voir figure 3).

CHAPITRE III: ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX DE L'INTERVENTION

L'intervention est un processus complexe dont le succès dépend de compétences et d'intuitions diverses. Néanmoins, il existe certains éléments fondamentaux qui sont communs à tous les types d'intervention, et qui sont déterminants pour le succès de tout programme. Ces éléments ne constituent pas des phases distinctes de l'intervention; ils sont inhérents à toutes les techniques d'intervention et le thérapeute ne doit jamais les perdre de vue. Ces cinq éléments sont : la spiritualité, la motivation, la relation thérapeutique, le processus d'apprentissage et l'éthique professionnelle.

1. LA SPIRITUALITÉ

Attribuer à l'être humain une dimension spirituelle, c'est partir du principe que l'homme s'interroge sur la nature et la signification de sa vie. À cet égard, Tillich, l'existentialiste chrétien, parlait de la profondeur de l'être.

Une telle réflexion a amené hommes et femmes de toutes les cultures à conclure que notre expérience humaine sur cette planète est entourée de mystère. Il y a "quelque chose" dans la nature humaine qui a besoin de participer à ce mystère (Brown 1985). Ce phénomène apparaît dans la plupart des cultures et c'est un besoin qui est comblé par l'adhésion à diverses religions ou doctrines existentielles. À la base, il y a un désir de sonder le mystère de la vie.

Il y a longtemps que le paradygme intellect-corps-âme est associé à la santé physique et mentale et au bien-être de l'individu. Il existe entre ces trois forces un rapport homéostatique de sorte que tout déséquilibre sur un de ces plans rejaillit sur les autres.

Le rapport entre l'âme et la santé était une notion avec laquelle les anciens se sentaient plus à l'aise que nous le sommes. Les temples n'étaient pas uniquement des lieux de culte, mais des "centres d'apaisement", ce phénomène se retrouve dans la plupart des cultures. L'homme moderne, par contre, peut avoir plus de difficulté à admettre cette croyance.

L'acceptation de l'âme comme dimension essentielle de l'être humain rend nécessaire la capacité de reconnaissance d'un déséquilibre à ce niveau, de façon à suivre les répercussions sur la santé et à agir en conséquence. En fait, le thérapeute doit parvenir à comprendre et à accepter ce qui est au centre de l'être (l'âme) du client pour instaurer une relation thérapeutique, examiner la motivation de l'intéressé et, enfin, amener celui-ci à s'engager dans une activité thérapeutique.

L'absence de raison de vivre, le malaise spirituel ou l'anomie se manifestent chez les sujets en proie à la solitude, à la dépression, parfois à l'anxiété et au sentiment d'impuissance. Les besoins spirituels sont des besoins fondamentaux de l'être humain et ils peuvent s'exprimer par le besoin d'estime de soi; autrement dit, de sentir que la vie humaine a du prix à cause de son sens

intrinsèque. L'être humain a également besoin d'affirmer les talents, dons ou aptitudes qui lui sont propres. Lorsqu'on fait appel à l'estime de soi et aux aptitudes qui font de la personne un être unique et apprécié, on fait un grand pas en avant dans le sens de la motivation.

Une diminution de l'estime de soi et un sentiment concomitant d'impuissance conduisent à une baisse de la motivation. C'est pourquoi, il est nécessaire d'intégrer les clients à la prise de décisions concernant leur thérapie. Tout ce qui confirme leur valeur existentielle devient un élément déclencheur de la motivation et de l'engagement thérapeutique.

Attribuer un sens à sa vie, aussi ténu soit-il, procure la force et le courage de vaincre le désespoir et la solitude que nous retrouvons souvent chez nos clients. C'est surtout chez nos clients qui souffrent de troubles mentaux que le courage est le plus touché.

Il est donc indispensable de comprendre et de respecter la dimension spirituelle de chaque client, son système de croyances et de valeurs pour pouvoir le motiver et intervenir auprès de lui. Ces facteurs façonnent l'expérience de vie et influencent sa manière de voir et d'agir (Pruyser, 1976). Il faut offrir au client l'occasion d'explorer des thèmes tels que le sens de la vie, la souffrance et les tragédies, l'estime de soi et la dignité personnelle, la culpabilité et le pardon, la guérison et la paix intérieure, la joie et les réjouissances, la liberté, la responsabilité et le courage personnel; la solitude et le besoin d'affection, d'intimité et de présence humaine (Brown, 1985).

Étant donné que la dimension spirituelle constitue un territoire peu exploré dans notre pratique professionnelle et que c'est un domaine hautement interne et chargé émotivement, une mise en garde s'impose. On doit l'aborder avec prudence mais on ne peut se montrer insouciants de sa signification.

Comme c'est le cas avec les autres éléments de l'activité humaine, la dimension spirituelle doit être évaluée et reconnue dans la planification et la mise en oeuvre du programme d'intervention. Étant donné que nous possédons relativement peu de données en la matière, nous ne disposons pas d'instruments pour l'évaluation de la santé spirituelle. On peut commencer par poser la question suivante : "Quel sens donnez-vous à votre vie?".

Pour combler les besoins spirituels d'un client, il faut établir avec lui des échanges à un niveau plus profond que celui de la communication verbale. Ce type d'échange a lieu dans le contexte d'une relation humaine chaleureuse et, au besoin, implique le recours au "toucher" comme moyen d'atteindre le client. On reconnaît depuis longtemps les vertus de l'humour, du rire, de la musique comme moyens d'établir la communication sur un plan spirituel.

Dans la hiérarchie des besoins de l'être humain, Maslow commence par énumérer les besoins primaires (se nourrir et s'abriter) avant de passer à l'actualisation de soi. Bon nombre de nos clients se situent à ce niveau très primaire et en resteront là. C'est à nous qu'il incombe d'essayer de faire la lumière sur ces questions existentielles et sur les besoins élémentaires de la

vie, car les clients ne sont pas toujours en mesure de se conformer aux normes dictées par la société actuelle en matière d'actualisation de soi et de productivité.

2. MOTIVATION

On considère la motivation comme élément clé dans le succès de toute intervention thérapeutique au point où un échec ou un succès mitigé peut souvent s'attribuer à l'absence de motivation chez le client. Toutefois, afin de s'assurer la réalisation des objectifs thérapeutiques, tout le monde admet que le thérapeute doit aider à motiver le client.

Mais qu'est au juste la motivation ? On a élaboré plus d'une théorie pour la définir et chacun la décrit selon ses propres prémisses. Comme le groupe de travail n'a pas l'intention de participer à ce grand débat, on tentera d'examiner ce concept d'une façon pratique et de l'englober dans le contexte de la distribution des soins. D'aucuns pourront alors dire que la motivation est la force dynamique ou interne qui pousse une personne à agir selon la direction ou le sens à la vie qu'elle s'est fixée. Opérationnellement, le client motivé participe à la prise de décisions, est actif dans la démarche thérapeutique, est désireux de conserver son activité physique et mentale et recherche l'autonomie. Ce comportement caractérise seulement le client idéal et exceptionnel ; la majorité a perdu un de ses membres ou son usage (Simon, 1971), ou souffre d'un trouble du comportement psychologique ou social. L'image corporelle de ces personnes est négative ; elles ont perdu confiance en elles et en leurs capacités physiques et psychologiques (Shontz, 1978). Cela se produit plus fréquemment chez les personnes plus âgées qui ont connu plusieurs deuils au fil des ans.

En tant que service de réadaptation, l'ergothérapie se révèle inhabituelle sous deux aspects. Premièrement, parce qu'elle engage le client dans des activités relatives à son monde et à son rôle dans la vie ; lorsque le client connaît une perte de fonctionnement, il doit revoir son image de soi et reconsidérer des plans et espoirs importants. Deuxièmement, parce qu'elle oblige le client à fonctionner comme un agent, et ainsi remet en question son rôle "passif" qui, du coup, n'est plus adéquat. Le degré de conflit expérimenté par le client confronté aux demandes de l'ergothérapie dépendra du degré d'ajustement psychologique que ce dernier a atteint. Ce conflit s'interprète souvent comme un "manque de motivation" chez le client (Heijn et Granger, 1974). Les ergothérapeutes doivent être sensibles à ce type d'obstacle, à l'engagement dans une thérapie active et, avec les autres professionnels de la santé, doivent aider le client à maîtriser les sentiments douloureux qui accompagnent la perte de fonction.

La réponse particulière de l'ergothérapeute à ce problème se trouve dans la motivation intrinsèque inhérente à une activité dirigée vers un but. Dans la vie de tous les jours, les gens s'adonnent à des activités de travail, de détente et d'interaction sociale parce qu'elles leur fournissent les satisfactions

de base nécessaires à la santé mentale telles que l'estime de soi, l'acceptation par un groupe, la stimulation sensorielle adéquate, les relations sociales, l'occasion de prendre des décisions et des responsabilités (Ibbotson, 1975).

Selon Florey (1969), une activité avisée fournit un motif d'"effectance" en ce qu'elle transmet un sens de réussite à travers la maîtrise d'une activité donnée, ce qui mène à un comportement de compétence accrue. Donc l'activité significative pour le client devient un lien à la réalité non seulement de la perte subie mais aussi de la capacité résiduelle et du potentiel adaptatif.

Le défi est grand pour l'ergothérapeute qui a besoin d'engager la motivation du client. Le thérapeute doit évaluer et comprendre à fond l'ensemble de facteurs qui influencent le client par rapport à son monde et à sa motivation à agir, l'impact de sa maladie ou de son handicap, et le sens de l'activité en termes de rôles et d'image de soi. Le sens de l'activité peut être bien différent pour le client que sa convenance thérapeutique le suggère, de sorte qu'une réévaluation constante s'avère essentielle. Il est particulièrement important de différencier la faible motivation de la démence et de la dépression, fut-elle réactive ou endogène.

Lors de l'intervention, l'ergothérapeute doit agir à deux niveaux : affectif et cognitif. Il est nécessaire de donner au client l'occasion d'exprimer et de reconnaître ses sentiments face à son handicap et à la répercussion qu'il aura sur sa vie ; d'explorer les options réalistes ; de prendre conscience des sentiments ou états émotifs qui entravent ou préviennent l'utilisation de comportements permettant de faire face à la situation. À ce stade, le client a besoin du soutien que peut fournir l'ergothérapeute et les autres membres de l'équipe paramédicale afin d'arriver à établir une alliance thérapeutique comportant une responsabilité partagée face au changement.

Il faut choisir avec soin les activités afin "de développer les qualités latentes et de susciter un sentiment de but à atteindre" (Clark, 1978) ainsi que de maximiser les occasions de prendre des décisions et de connaître des réussites (Steger, 1976). Il doit exister une attitude de renforcement positif pour aider le client à définir les progrès envisagés et à se fixer des objectifs ultérieurs.

La motivation ne s'acquiert pas une fois pour toutes; elle nécessite une réévaluation constante et un réajustement entre l'espoir et la réalité. Aussi importe-t-il au thérapeute de bien connaître les valeurs existentielles et spirituelles de son client, de comprendre ses sentiments et d'établir une relation thérapeutique forte pour pouvoir apprécier, stimuler et maintenir sa motivation afin de parvenir au meilleur niveau d'autonomie possible.

3. LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

La relation thérapeutique est, au même titre que le recours à l'activité dirigée, l'un des instruments les plus importants et les plus puissants utilisés dans l'intervention axée sur le client. En raison de la maladie ou du traumatisme dont il a été victime, le client a besoin d'une aide efficace sur les plans physique et émotionnel, autrement dit d'une intervention qui repose aussi bien sur des connaissances que sur un soutien véritable. Quelles que soient les

méthodes utilisées, elles seront profondément marquées par le climat émotionnel qui entoure leur application ainsi que par les attitudes et les attentes du client face au thérapeute.

Ainsi, la relation thérapeutique peut être perçue comme un échange orienté vers un objectif, qui a pour objet de faciliter le passage d'une dépendance constructive à une autonomie fonctionnelle. Elle va plus loin qu'une relation professionnelle; elle est personnelle et thérapeutique, et pourtant elle n'est pas sociale ni intime. Les quatre facteurs à considérer sont: les protagonistes, les assises, le processus, et l'apprentissage.

a) Les protagonistes

D'une part, il y a les clients qui subissent une perte, éprouvent la crainte de l'inconnu et sont confrontés à la stigmatisation sociale rattachée à un handicap ou à une maladie incapacitante. Ils ont des croyances religieuses ou philosophiques qui confèrent une signification précise à la maladie et ils véhiculent les valeurs de leur milieu social sur la maladie et l'autonomie.

D'autre part, il y a le thérapeute qui a sa propre conception de la santé et de la maladie, une connaissance des symptômes et du pronostic des clients et une idée préconçue de leurs problèmes. Il possède également certaines compétences et de l'expérience, et il est animé par un désir d'aider.

b) Les assises

L'existence de la relation thérapeutique repose sur les éléments suivants :

i) la dépendance constructive du client qui reconnaît avoir besoin d'aide, qui exprime son besoin et admet la nécessité de nouer un lien temporaire avec une personne qui est en mesure de lui offrir des services;

ii) la confiance du client à l'égard de l'ergothérapeute qui fait preuve d'assurance et d'intégrité, qui provient de ce que ce dernier est conscient de ses propres limites et des limites des techniques d'intervention;

iii) la confiance de l'ergothérapeute dans les ressources personnelles du client;

iv) l'autonomie du client (c'est-à-dire, la confiance en ses propres capacités et le désir de rechercher des solutions novatrices à ses difficultés) qui peut ne pas être présente au début de la relation, mais qui peut s'acquérir en cours de route;

v) la collaboration par une communication efficace et l'acceptation des responsabilités quant au progrès à réaliser dans le cadre de la réadaptation;

vi) un intérêt réel et une attitude non critique que doit témoigner le thérapeute à l'égard de son client, en manifestant de l'empathie et de la bienveillance. Cela veut dire que l'ergothérapeute doit pouvoir se mettre

dans la peau du client sans pour autant se laisser envahir par les sentiments qui peuvent en découler. En outre, il doit se sentir une responsabilité face aux besoins de son client, savoir ce à quoi ce dernier attache de l'importance et se montrer respectueux quant aux besoins et au système de valeurs de l'intéressé, et

vii) une bonne connaissance de soi comme personne et comme thérapeute. Le thérapeute doit admettre la nécessité d'éprouver de la satisfaction en exerçant son métier et reconnaître ses points forts et ses limites afin de pouvoir établir la distinction entre ses propres besoins et ceux du client. Il doit fixer des objectifs réalistes et adopter des attitudes et un comportement propices à l'épanouissement du client.

c) Le processus

La relation thérapeutique comporte trois étapes : la phase initiale, la phase d'élaboration et la fin de la relation.

i) La relation thérapeutique s'engage et peut démarrer à n'importe quel moment entre la première rencontre entre le thérapeute et le client et la planification de l'intervention. Il va sans dire que cette donnée est approximative car il est impossible de déterminer avec précision à quel moment se produit un événement aussi impalpable. Cette phase correspond à une période d'orientation au cours de laquelle les participants apprennent à se connaître. Le thérapeute glane autant de renseignements qu'il le juge nécessaire pour se sentir à l'aise dans ses contacts avec le client, prête une oreille très attentive lorsque le client exprime ses sentiments et ses besoins, utilise les instruments d'évaluation appropriés, montre à l'intéressé qu'il l'accepte comme une personne à part entière et transmet à ce dernier suffisamment de renseignements pour qu'il donne son consentement aux interventions proposées, en toute connaissance de cause. À ce stade, il peut être nécessaire et indiqué d'inciter subtilement le client à prendre part au programme élaboré d'après les résultats de l'évaluation.

ii) La thérapie proprement dite débute à partir du moment où il y a engagement de la part du thérapeute, et partant, des attentes; elle a pour objet d'amener le client à se comprendre lui-même et à s'assumer. Pendant cette phase, le thérapeute agit en quelque sorte comme un miroir qui amène le client à prendre conscience de ses émotions, de sa perception de soi et de la réalité; un modèle d'identification et une source de gratification qui procure au client l'expérience d'une relation positive, où il est compris et où l'on s'occupe de lui. À cet égard, le thérapeute doit pouvoir déterminer quel est le type de réaction qui favorisera l'épanouissement du client (Fidler et Fidler, 1963).

Cette utilisation constructive du moi n'est possible, selon Purtilo (1984), que par le maintien d'une distance professionnelle et la création d'une certaine intimité. On doit entendre par distance professionnelle une attitude réservée où les qualités professionnelles et personnelles se

complètent pour créer un sentiment de disponibilité, de volonté de venir en aide, de désir de connaître la personne de la façon la plus complète et objective possible. Elle implique également que le thérapeute soit capable d'évoluer librement mais judicieusement dans le continuum distance-proximité. Pendant toute la durée de la relation, il est indispensable que le thérapeute respecte la notion de distance de son client. Il doit toujours faire en sorte que la dignité et le confort émotionnel des deux soient préservés.

Pour instaurer un climat d'intimité, il faut savoir être authentique, mais se garder de dépasser certaines limites de façon à préserver le respect mutuel. Le thérapeute doit reconnaître au client le droit de savoir ce qu'il ressent; accepter qu'il l'exprime voire même l'inciter à le faire, lorsqu'il le juge indiqué, au cours de l'intervention. De même, le thérapeute peut exprimer ce qu'il éprouve et ce qu'il pense par rapport à la situation. Il lui incombe en tout temps de définir les limites de la relation en ce qui concerne le cadre et le temps, et de clarifier les perceptions respectives de cette relation. Lorsqu'il juge le comportement du client inacceptable, il peut lui en faire prendre conscience en adoptant une attitude stable et cohérente face à ses tentatives.

iii) Une relation d'aide n'est vraiment thérapeutique que si elle se termine dans de bonnes conditions (autrement dit, sans regret), à un moment où elle n'a plus rien à apporter. Idéalement, cela se produit lorsque le client a atteint le niveau optimal d'autonomie physique et émotionnelle. Il va sans dire que des événements extérieurs sur lesquels on n'a aucune prise peuvent forcer à mettre un terme à la relation. Quoi qu'il en soit, il faut toujours prévoir une période de préparation au cours de laquelle les intéressés discutent de cette dernière phase de la relation et où le thérapeute rompt progressivement les liens avec le client.

d) Les écueils

L'établissement et le maintien d'une relation thérapeutique supposent une bonne connaissance de soi et du client et une sensibilité à différents modes de communication pour éviter ou surmonter les difficultés inhérentes à la relation.

La relation thérapeutique dépend toujours des expériences antérieures avec d'autres personnes qui comptent dans la vie de l'intéressé. Il arrive que ce vécu ait laissé chez le sujet des sentiments et des attentes qui se traduisent par des comportements pas toujours adaptés à la situation présente. Si l'ergothérapeute n'est pas conscient de ces expériences, il peut avoir, face au comportement de son client, des réactions qui nuisent à la communication et empêchent la relation d'évoluer, à moins que ce problème ne soit réglé.

Le client peut inconsciemment trouver la situation présente tellement confortable que toute tentative pour faire évoluer la relation et promouvoir le changement ne peut que se heurter à une forte résistance de sa part.

Il peut y avoir, de la part du client, un nombre considérable de problèmes, le plus grave étant dissimulé. Il ne faut pas perdre de vue que les besoins exprimés ne sont pas nécessairement les plus importants et qu'il peut être nécessaire de creuser un peu avant de définir les priorités. Le client peut par inadvertance oublier de signaler des faits importants pour l'évolution de la relation et de l'intervention, et, de ce fait, indisposer le thérapeute.

Le processus thérapeutique peut être dévié à partir du moment où il est axé sur la satisfaction des besoins du thérapeute bien plus que sur ceux du client, comme c'est le cas lorsque le thérapeute cherche à combler ses besoins fondamentaux par le travail.

La relation thérapeutique est "réussie à partir du moment où l'échange se situe à un niveau tel que les intervenants s'attendent à ce que de part et d'autre il y ait un intérêt réel et de la bonne foi" (Fidler et Fidler, 1963), où les parties se connaissent et se font confiance de façon à poursuivre des objectifs réalistes, à court ou à long terme. La relation thérapeutique s'applique également à des groupes, auquel cas, le défi consiste à faire en sorte que chaque participant se sente perçu comme un individu. Ouoi qu'il en soit, au bout du compte, le client devrait être plus autonome, pleinement conscient de ses possibilités et de ses limites.

4. PROCESSUS D'APPRENTISSAGE

Le processus d'enseignement/apprentissage est un autre élément de la relation thérapeute-client. Ici, le thérapeute a pour rôle d'inciter le client à apprendre en vue de s'adapter. L'apprentissage peut consister entre autres à acquérir des aptitudes à régler des problèmes, de nouvelles techniques pour fonctionner ou à adopter de nouvelles attitudes face à soi. Le thérapeute doit piquer la curiosité du client, l'inciter à faire preuve d'ouverture et à prendre des risques, ce qui doit l'aider à admettre et à essayer de nouvelles idées et méthodes (Fransella, 1982).

Le recours à cette notion repose sur la théorie de l'apprentissage chez l'être humain. Par exemple, on considère qu'une personne apprend le mieux lorsqu'elle accomplit quelque chose qui est rattaché à son expérience de vie. L'apprentissage implique l'acquisition de l'aptitude à appliquer des connaissances à de nouvelles situations et à prendre par soi-même des décisions. Les modes d'apprentissage diffèrent d'un individu à l'autre, de sorte que l'approche que le thérapeute propose à son client doit être souple et pouvoir s'adapter aux besoins de ce dernier. L'apprentissage implique que la personne reçoive en permanence une rétroaction pour pouvoir évaluer les progrès réalisés et avoir une bonne perception de soi à travers les possibilités qui lui sont offertes de faire des expériences réussies et agréables (Milhollan et Forisha, 1972).

Bien que l'ergothérapie ne soit pas la seule discipline qui applique la théorie de l'apprentissage, sa façon de le faire lui est propre en ce sens qu'elle combine l'utilisation d'expériences et d'activités de la vie quotidienne comme

moyen d'apprentissage, l'utilisation du cadre de vie réel ou simulé de préférence à la salle de classe ou au bureau, et ce travail s'exerce auprès des handicapés, des défavorisés et des populations à risque.

L'utilisation du processus enseignement-apprentissage a été reconnu, tant en théorie que sur le plan pratique, comme l'un des instruments d'intervention légitimes en ergothérapie, dans le cadre des services directs et indirects (Reed et Sanderson, 1983; Mosey, 1981). En appliquant ce concept, les ergothérapeutes font appel à un vaste éventail de théories et de méthodes liées à l'apprentissage. Dans le cadre des services directs, les thérapeutes peuvent utiliser des techniques de modification du comportement pour enseigner aux handicapés intellectuels les comportements qu'il convient d'adopter en milieu de travail (Goldstein, Gershaw et Sprafkin, 1979). Lorsqu'il opte pour une approche psychoéducationnelle, le thérapeute peut promouvoir la compréhension et l'établissement d'échanges entre personnes qui se remettent d'une maladie psychotique (Lillie et Armstrong, 1982). Il peut promouvoir l'auto-apprentissage à titre de conseiller ou d'animateur auprès de groupes d'entraide (Biehler, 1981). Dans le cadre des soins indirects, les familles des clients peuvent être intégrées au processus d'enseignement-apprentissage lorsqu'elles prennent part à la solution de problèmes posés par l'adaptation d'un foyer aux besoins d'une personne en fauteuil roulant (Wittmeyer et Stolov, 1978). Les thérapeutes peuvent également enseigner à d'autres intervenants, par exemple les aide-infirmières, à travailler auprès des handicapés (Lehman et Vargo, 1979). Ainsi, les approches retenues pour l'utilisation du concept de l'enseignement-apprentissage peuvent s'inscrire dans des cadres conceptuels précis ou dans une théorie générale de l'apprentissage qui correspondent aux modes d'apprentissage des clients et aux préférences des thérapeutes.

5. L'ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE

a) Introduction

Une vision holistique de l'homme fondée sur des valeurs humanistes et qui englobe un réseau de soutien social, semble correspondre aux besoins actuels en santé sociale. Dans une société qui valorise l'effort personnel (par choix économique et social) l'ergothérapie axée sur le client tombe à point nommé, mais n'est pas à l'abri des dilemmes d'ordre éthique, compte tenu des pressions exercées sur les plans du contrôle de la qualité et du contrôle des coûts. Les responsabilités envers le client n'excluent pas les obligations envers les autorités administratives, les collègues, la profession et l'ensemble de la société. L'existence d'une profession se justifie par sa capacité d'utiliser son corpus unique de connaissances ainsi que par les valeurs et la morale qu'elle prône. Les valeurs d'une approche axée sur le client ont déjà été énumérées dans le premier rapport du Groupe de travail. Certaines de ces valeurs, par exemple la qualité de vie de la personne, peuvent être incompatibles avec celles de la société - par exemple la productivité, ou le rendement selon l'âge ou le statut. Pour surmonter le dilemme posé par les valeurs contradictoires et les obligations multiples envers le client (d'ordre administratif, juridique et social), l'ergothérapeute doit se fonder sur un code de déontologie.

Les codes officiels et officieux de déontologie, établis par les associations professionnelles, sont les principales références en matière de comportement professionnel. Il existe d'autres codes qui sont arrêtés par les provinces, les organismes et les établissements.

b) Définitions

L'éthique peut être définie en termes sociologiques, religieux ou philosophiques. La philosophie détermine quel est le comportement qui devrait prévaloir et qui ne changera pas, les exigences variant d'une philosophie à l'autre. Pour sa part, la sociologie détermine le comportement existant. Différentes sociétés et cultures mettent l'accent sur différentes valeurs qu'elles considèrent comme morales, et qui varient selon les époques. Par exemple, jusqu'à tout récemment au Canada, on considérait comme contraire à l'éthique d'informer un patient du contenu de son dossier médical; aujourd'hui, l'accès à ce genre de renseignements fait partie des droits fondamentaux de la personne. Ainsi, comme on peut le voir, la morale et l'éthique découlent du système de valeurs d'une société à une époque donnée. Bien que ces principes moraux et éthiques changent avec le temps et selon le lieu, ils exercent néanmoins une pression sur les individus en leur dictant "le genre de comportement qu'ils devraient adopter". Et les ergothérapeutes, en tant que membres de la société canadienne au cours des années 80, exercent leur profession en conformité avec le système de valeurs du moment, qui sont traduites en règles de conduite (ACE, 1983).

Ce mode d'analyse du comportement humain est appelé approche normative et a été développé en 1907 par William Graham Sumner. La citation reproduite ci-après rend compte de la bataille engagée par Sumner lorsqu'il a tenté de trouver une façon nouvelle de désigner le comportement normatif, et qui a abouti à l'adoption du terme "folkways" (Davie, 1963).

> "Il conviendrait d'adopter le terme "éthologie" pour désigner l'étude des manières, des us, des coutumes et des moeurs, notamment la façon dont ils naissent, dont ils évoluent ou disparaissent, et la façon dont ils influent sur les intérêts qu'ils sont censés servir. Les Grecs utilisaient le terme "ethos" pour désigner l'ensemble des usages, des idées, des normes et des codes propres à un groupe, et à l'aide desquels celui-ci se singularise par rapport aux autres groupes. "L'éthique" concerne tout ce qui appartient à l'éthos et de ce fait, correspondait donc à la norme. Les Romains utilisaient le terme "mores" pour signifier les coutumes, selon l'acception la plus vaste et la plus riche du terme, ce qui impliquait que les coutumes étaient au service du bien-être et remplissaient une fonction traditionnelle et mystique, d'où leur caractère impératif et sacré. Il est très étonnant que les civilisations modernes aient perdu l'usage de ces termes, avec tout ce qu'ils impliquaient. Il n'existe dans la langue anglaise aucun substantif dérivé de "mores" pas plus qu'il n'y a d'équivalent pour ce terme. Le terme français "moeurs" est trivial si on le compare à "mores". Quant au terme allemand "Sitte", il rend très mal l'idée de "mores". Les sociétés contemporaines ont fait de la morale et de la moralité un domaine distinct, indépendant de la religion, de la philosophie et de la politique. Dans ce sens-là, la morale est un domaine

impossible et irréel; qui n'a aucune existence en soi et ne peut en avoir aucune. Le terme "morale" désigne ce qui appartient au "mores". C'est pourquoi le domaine de la morale ne peut jamais être défini sans que l'on fasse allusion à quelque chose qui lui est étranger." (Traduction libre)

Un dilemme d'ordre moral se pose lorsque deux ensembles de valeurs sont incompatibles. Pour régler un tel problème, on doit pouvoir examiner objectivement la situation et recueillir les données pertinentes, cerner le problème, prendre une décision quant à un plan d'action et le mettre à exécution. Il importe de savoir qu'un jugement d'ordre éthique peut dépendre des différences culturelles, des antécédents, du fonctionnement psychologique de l'individu, d'une mauvaise application des principes généraux ou d'une confusion intellectuelle. La décision doit tenir compte des résultats possibles du plan d'action, ce qui peut supposer que l'on sacrifie certaines valeurs au profit d'autres.

Pour poser un tel jugement, il faut posséder des compétences (techniques et morales), des qualités personnelles ainsi que des attitudes et un ensemble de lignes directrices en matière de comportement.

c) Compétence professionnelle : technique et morale

La compétence technique, acquise au moyen d'une formation universitaire et clinique reconnue, et maintenue au cours de la pratique clinique (par la formation continue) afin "d'offrir un service qui présente une valeur sociale considérable" (Purtillo et Cassel, 1981) n'est qu'une condition requise par la profession. En soi elle ne suffit pas à faire d'un ergothérapeute un professionnel à part entière. Des considérations d'un ordre supérieur entrent en jeu.

La compétence morale transcende largement la compétence technique; elle implique "un sens de l'honnêteté dans les rapports avec les collègues et les clients, un sens des objectifs que l'on doit atteindre dans son travail et un sens du devoir quant au respect des normes de la profession et à la nécessité d'agir dans l'intérêt du client..." (Purtillo et Cassel, 1981). Pour atteindre ce niveau de compétence professionnelle (technique et morale), le thérapeute doit faire corps avec la profession ou assimiler le système de valeurs y afférent par les contacts avec ses membres. Le succès de cette démarche dépend du système de valeurs et des qualités personnelles que le thérapeute apporte avec lui dans les milieux scolaire et clinique.

L'ergothérapeute doit donc attacher énormément d'importance aux éléments suivants : une capacité, exprimée par un désir sincère de l'aider ; une approche démocratique et universaliste manifestée par un sentiment de respect pour la dignité humaine, le caractère unique de l'individu et les droits fondamentaux de l'être humain; une capacité d'exprimer de la compassion, de la sollicitude et de l'empathie; de l'authenticité; de l'objectivité fondée sur un jugement solide, et de l'humilité dans la prise de décisions (il s'agit de ne pas outrepasser les limites de sa propre compétence et de chercher les éléments d'information nécessaires, lorsque ceux-ci font défaut).

d) Responsabilités de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute est principalement responsable envers le client, la profession, l'établissement ou l'organisme pour lequel il travaille.

i) Le client

Une fois adressé à l'ergothérapeute, le client devrait être vu le plus tôt possible et être informé des services disponibles. On doit l'évaluer avec diligence.

Il n'est pas nécessaire que les deux parties signent un contrat en bonne et due forme, mais l'ergothérapeute doit s'efforcer d'obtenir le consentement éclairé du client et de former avec lui une alliance thérapeutique fondée sur la définition d'objectifs réalistes, par voie de consensus. L'intégration du client à la prise de décisions renforce chez ce dernier la notion d'une responsabilité partagée face aux soins reçus.

Le client a donc droit à la confidentialité et à un intérêt soutenu quelle que soit la tournure que prenne la relation thérapeutique. Il doit être informé des périodes d'absence du thérapeute; si l'intervention doit être interrompue avant la fin, la responsabilité des soins doit être transférée à un autre thérapeute, avec le consentement des deux parties.

On ne doit mettre un terme à l'intervention qu'à partir du moment où le client a acquis une autonomie fonctionnelle. Par la suite, l'ergothérapeute doit assurer un certain suivi, selon les modalités convenues avec l'établissement pour lequel il travaille. Si l'intervention paraît aux yeux du client ou du thérapeute comme inefficace, le thérapeute a des responsabilités déontologiques et doit reconnaître les limites et discuter de la situation. Si aucun avantage thérapeutique peut être anticipé de l'intervention, la relation devrait être terminée.

Si la répartition du temps et des services entre les différents clients pose un problème, le seul argument moral qui prime est le niveau des besoins.

Pour être en mesure d'offrir des soins de qualité optimale et de manière efficace, l'ergothérapeute doit être et demeurer compétent, et se maintenir au meilleur de sa forme physique et psychologique.

De façon plus générale, l'ergothérapeute doit se porter à la défense de la santé, d'une meilleure qualité de traitement et des droits du client.

ii) La profession

Être membre d'un groupe professionnel ne va pas sans comporter des devoirs. La loyauté envers la profession ne peut que rehausser la qualité des services assurés par ses membres. Ainsi, lorsque l'ergothérapeute agit en sa qualité de professionnel, il doit respecter le code de déontologie de la profession.

L'ergothérapeute doit assurer à ses collègues son soutien psychologique et scientifique; partager tout élément d'information précieux obtenu par la pratique ou la recherche.

L'ergothérapeute doit se plier volontiers au jugement de ses collègues, au besoin, et accepter de se prononcer sur la pratique de ces derniers en faisant preuve de considération et de compassion.

Lorsqu'un ergothérapeute a connaissance d'un manquement au devoir professionnel de la part d'un autre thérapeute, il doit remédier à la situation en usant de tact et d'à-propos.

Il doit, chaque fois qu'il en a l'occasion, voir à mieux faire connaître les services dispensés par l'ergothérapie.

iii) L'organisme ou l'établissement

Le thérapeute a le devoir de respecter les normes de la profession tout en se pliant aux impératifs philosophiques et économiques de l'établissement qui l'emploie. Il doit rendre des comptes aux autorités administratives et respecter les règlements de l'établissement selon les modalités de son énoncé de fonctions ou du contrat qu'il a conclu avec ce dernier.

"L'application des connaissances est essentiellement un acte individuel... en ce sens que c'est au professionnel qu'il incombe en dernière analyse de prendre ses propres décisions" (Etzioni, 1964).

Qu'il travaille pour un établissement ou un organisme ou qu'il soit établi à son propre compte, l'ergothérapeute doit toujours se reporter au code de déontologie de son association ou de son organisme de réglementation professionnelle, et, puisque les soins de santé sont du ressort de la province, il doit se référer à la législation régissant les soins de santé dans la province où il exerce.

Le comportement professionnel doit ainsi tenir compte des valeurs exprimées dans les programmes et les modèles de soins interprofessionnels, et des considérations de rentabilité.

En cas de conflit entre les valeurs prônées par la profession et les pratiques de l'employeur, l'ergothérapeute doit en faire part aux autorités compétentes. La coexistence de deux systèmes de valeurs (bureaucratiques et professionnelles) rend les conflits inévitables.

Les thérapeutes à clientèle privée ou indépendants, qui sont de plus en plus nombreux, doivent être particulièrement soucieux d'avoir un comportement professionnel et conforme au code de déontologie.

e) Conclusion

Les ergothérapeutes exercent leur profession en tenant compte d'une série de valeurs professionnelles et d'un code de déontologie. Cependant, l'organisation des soins donne lieu parfois à des dilemmes d'ordre éthique, de sorte que l'ergothérapeute est appelé à faire preuve de discernement, ce qui dépend de sa compétence et de ses qualités et attitudes personnelles.

Ces lignes directrices générales concernant la responsabilité de l'ergothérapeute face au client, à la profession et à l'établissement qui l'emploie ont été établies pour aider le clinicien appelé à faire un choix difficile entre des valeurs et des exigences contradictoires.

L'un des principaux objectifs de l'ergothérapie a toujours été de promouvoir l'indépendance. Si l'on se place d'un point de vue systémique, c'est un objectif qui n'est peut-être ni suffisant ni réaliste, compte tenu de la clientèle cible. Le mieux serait de promouvoir l'interdépendance, par l'exploitation optimale des possibilités et la mise en valeur des ressources d'un réseau plus vaste. On peut trouver ces ressources dans la collectivité où l'intervention des ergothérapeutes s'étend de plus en plus, mais également à l'intérieur de l'établissement, par la coopération entre les professionnels. C'est pourquoi, ainsi que le souligne Fuch (Rehr, 1978), il importe que l'ergothérapeute soit logique avec le système et qu'il assume ses responsabilités face à celui-ci.

CHAPITRE IV: LIGNES DIRECTRICES PRÉCISES RÉGISSANT L'INTERVENTION

1. PRÉAMBULE

Comme nous l'avons déjà affirmé dans le chapitre II, l'un des préceptes de base de l'ergothérapie est que l'activité facilite l'adaptation et le changement, ce qui permet à la personne d'accroître sa capacité fonctionnelle et de dominer son environnement. C'est à l'étape de l'intervention que l'on a recours à des mises en situation et à d'autres techniques particulières pour faciliter ce processus évolutif.

Les modèles de pratique en santé ont pour objectif fondamental de modifier la structure, le fonctionnement ou le comportement de l'être humain. L'intervention, qui est la forme primordiale d'exercice, est conditionnée par le choix des modalités et des moyens à mettre en oeuvre pour produire les changements souhaités (Reed, 1984a). Aux méthodes et techniques choisies correspondent des instruments précis devant permettre d'atteindre les objectifs fixés.

Après avoir élaboré un plan d'intervention précis et choisi le cadre conceptuel, il s'agit de préciser les objectifs de l'intervention (MSNBS et ACE, 1983). D'autres facteurs doivent être pris en considération, notamment le choix entre la thérapie individuelle et la thérapie de groupe, la durée et la fréquence des séances d'ergothérapie et les responsables des différentes étapes. Le cadre de l'intervention sera choisi de même que le genre d'activités thérapeutiques. Il est également important de déterminer les ressources nécessaires et de s'assurer qu'elles sont disponibles. Il ne faut pas non plus oublier de tenir compte de la réévaluation et de la rentabilité du processus.

2. OBJECTIFS

Un certain nombre de facteurs président au choix des buts à long terme de l'intervention. Tout d'abord, ceux-ci doivent être fixés à la lumière des données qui ressortent de l'évaluation, mais ils doivent également tenir compte du système de valeurs du client et être adaptés aux exigences propres au stade de la vie de l'intéressé, sur les plans du développement et des activités. Les buts de l'intervention doivent être compatibles avec les besoins du sujet.

Divers auteurs (Reed, 1984a; Kielhofner, 1985) ont relevé des facteurs à prendre en considération dans le choix des buts du traitement. Peu importe la méthode de sélection retenue, l'idée est de faciliter la prise de décisions par le thérapeute et le client de façon à ce que ce dernier parvienne à un niveau de fonctionnement optimal, compte tenu de ses besoins et de son environnement. Chaque situation est particulière et doit être analysée en conséquence. Le choix de l'élément sur lequel mettre l'accent dans la définition des objectifs dépend de l'interaction entre l'individu, ses valeurs, les exigences de sa vie, ses ressources et les compétences et ressources du thérapeute.

Les buts devraient être exprimés en termes d'orientation et d'actes par lesquels ils se traduiront. Dans le cas qui nous intéresse, il s'agit de rétablir, de maintenir et d'accroître le fonctionnement, et de prévenir le dysfonctionnement. Ces mots clés définissent les buts de l'intervention. Chacun d'entre eux peut faire l'objet d'une initiative différente et, comme c'est le cas avec la plupart des clients, il y a souvent plus d'une sphère d'intervention. Bien que les résultats escomptés pour chaque initiative soient différents, les techniques et modalités retenues dans chaque cas sont analogues.

Les objectifs immédiats visent à faciliter la réalisation des buts à long terme. Il devrait s'agir d'activités précises et mesurables qui rapprocheront le client de son objectif ultime. Le programme doit être suffisamment souple pour permettre l'intégration des changements à mesure qu'ils se produisent. Il y a lieu de réévaluer en permanence les objectifs immédiats et à long terme, et le jugement professionnel du clinicien intervient pour beaucoup dans le processus.

3. COORDINATION ET LIAISON

Étant donné que la capacité fonctionnelle repose sur l'interaction avec le milieu, les clients ont souvent besoin d'autres services et de contacts avec d'autres personnes ressources afin d'atteindre tous les objectifs immédiats et à long terme de l'intervention. Relier les services ou personnes avec lesquels le client a affaire, voilà qui est déterminant pour le succès de l'intégration ou de la réintégration du client dans sa collectivité. C'est un rôle qu'ont joué les ergothérapeutes afin de mettre au point un programme complet ou de coordonner les stratégies, méthodes ou horaires à l'intérieur du plan d'intervention. C'est seulement récemment que ce rôle a été officiellement reconnu comme faisant partie de la pratique axée sur le client (Reed et Sanderson, 1983). Ce rôle s'inscrit dans le prolongement de la formation théorique et de l'expérience pratique des ergothérapeutes, lequel les préparent à avoir des contacts avec les professionnels de la santé, des services sociaux, de l'éducation, le monde du travail ou avec tout autre milieu dans lequel évoluent les clients.

La liaison et la coordination peuvent faire partie des services directs au client par lesquels le thérapeute aide ce dernier à nouer ou à entretenir des contacts avec une personne ou un organisme qui sont en mesure de l'aider à atteindre ses objectifs sur les plans des soins personnels, du travail productif ou des loisirs. Par exemple, le thérapeute peut aider le client à mettre au point un plan d'action ou à anticiper par le jeu de rôle une situation qu'il appréhende. La liaison et la coordination peuvent être assurées de façon indirecte, auquel cas le thérapeute entreprend par exemple, des démarches auprès d'un organisme qui procure l'aide financière nécessaire à l'acquisition d'un fauteuil roulant pour le client ou qui est en mesure de lui offrir un programme de soutien social dans la collectivité.

4. OBJETS PRÉCIS DE L'INTERVENTION

Rétablir le fonctionnement Il s'agit par là d'aider le client à recouvrer sa capacité fonctionnelle maximale. Le rétablissement complet n'est généralement

pas possible, aussi, la planification du programme et les objectifs thérapeutiques doivent être réalistes, autrement dit, tenir compte aussi bien du niveau d'autonomie fonctionnelle souhaité par le client que de sa capacité de l'atteindre. En changeant les modalités et les techniques thérapeutiques, on permet au client d'acquérir de nouvelles compétences, d'adopter de nouveaux comportements et, si possible, de modifier son environnement pour qu'il soit compatible avec le mode de vie souhaité.

Les techniques d'intervention reconstructive utilisées à cet égard sont le plus souvent appliquées dans les centres de soins pour problèmes aigus et dans les centres de réadaptation. Au nombre des clients, on trouve des personnes qui présentent des incapacités par suite d'un traumatisme, des sujets qui en sont aux premiers stades d'une maladie, des personnes souffrant de troubles neurologiques, orthopédiques et mentaux aigus ou d'une phase d'exacerbation d'une maladie chronique telle que l'arthrite. On évalue la capacité fonctionnelle du client afin de déterminer s'il est réaliste de fixer comme objectif le recouvrement du niveau antérieur de fonctionnement. Si cet objectif semble inaccessible à la lumière des résultats de l'évaluation, il s'agit de sélectionner un des autres objectifs, ou de terminer.

Le maintien du fonctionnement On entend par là le fait d'aider la personne à conserver ce qui lui reste de sa capacité fonctionnelle. Il ne s'agit pas ici de recouvrer les capacités perdues, mais plutôt d'offrir au client la possibilité d'apporter à la longue de petites améliorations à sa qualité de vie ou de lui procurer un milieu réconfortant et chaleureux (Woodside et Mercer, 1983). Lorsque le sujet ne peut aspirer à mener une vie autonome, le maintien du fonctionnement a pour effet de protéger et de conserver les aptitudes résiduelles. Dans une perspective holistique, ces programmes visent à permettre au client de conserver certaines habitudes et d'adopter un mode de vie souhaitable et sain (Woodside, 1984).

Les services offerts à cet égard peuvent être directs ou indirects. Autrement dit, l'ergothérapeute peut élaborer une stratégie orientée vers la mise en valeur des aptitudes d'un client ou lui dispenser des services de counseling et d'éducation pour maintenir sa qualité de vie. Souvent, il agit en tant que conseiller auprès d'autres pourvoyeurs de soins de santé dans des centres de services auxiliaires ou de longue durée. Ce type d'intervention devrait s'adresser à des clientèles pour lesquelles le rétablissement ou l'amélioration de la capacité fonctionnelle ne sont pas des objectifs réalistes.

Le développement de la capacité fonctionnelle Ce type d'intervention vise à faciliter l'apprentissage graduel de nouvelles aptitudes ou l'organisation des aptitudes secondaires nécessaires à l'accomplissement d'une tâche donnée. La plupart du temps, les clients visés ici n'ont pas appris ou mis en valeur les aptitudes qui conviennent à leur groupe d'âge ou à leurs rôles sociaux. Ce genre de programme est offert à toutes les catégories d'âge, pour tous les types de troubles fonctionnels (Reed et Sanderson, 1983). L'idée ici est que tout nouvel acquis représente un pas de plus dans le sens de l'amélioration du fonctionnement de la personne.

La prévention du dysfonctionnement Si l'on consulte la documentation, on s'aperçoit que la prévention se divise en trois catégories : primaire, secondaire et tertiaire (Caplan, 1964). Dans la plupart des stratégies d'intervention (reconstruction, maintien ou développement) la prévention s'impose comme composante élémentaire. L'ergothérapie se préoccupant du style de vie des clients et des effets des exigences du milieu sur la qualité de vie, la présence de programmes de prévention dans la plupart des centres est tout à fait naturelle. Selon Last (1980), la prévention est également indissociable du traitement et de la guérison. Plus que tout autre objectif de l'intervention, la prévention repose sur un éventail de services qui, dans certains cas, visent directement le client et son environnement physique et social (Reed, 1983). Les ergothérapeutes contribuent à modifier un mode de vie dangereux pour la santé en rétablissant, en améliorant ou en conservant les habitudes de santé au travail et dans les loisirs. Ouels que soient la population cible ou les domaines visés par le programme de prévention, il y a trois principes à retenir (MSNBS, 1981).

1. La prévention est une attitude, de sorte qu'il est possible de mettre au point et d'entretenir des mécanismes efficaces.

2. La prévention vise tout le monde et peut être faite par n'importe qui.

3. La prévention est simple et ne doit pas nécessairement être coûteuse.

Étant donné la tendance actuelle des soins de santé vers la prévention et la promotion de la santé, la contribution de l'ergothérapeute dans ce domaine est appelée à croître.

5. PHASES ET COMPOSANTES DE L'INTERVENTION

L'intervention est la mise en oeuvre du programme et constitue le centre même de la pratique de l'ergothérapie. Elle est l'aboutissement du processus de collecte des données pertinentes concernant les problèmes et les besoins du client (évaluation) et de la planification des programmes thérapeutiques visant à rétablir, à maintenir ou à améliorer le fonctionnement, ou à prévenir le dysfonctionnement. Selon certains (Hopkins et Smith, 1983), c'est ce qui permet d'éprouver la validité des résultats de l'évaluation et l'aptitude de l'ergothérapeute à mettre à exécution les programmes thérapeutiques. Les lignes directrices en la matière s'inspirent de celles qui figurent à l'annexe A et sont exposées dans l'étude de cas présentée au chapitre VIII.

Voici les différentes étapes et composantes du processus de l'intervention spécifique.

i) **Le thérapeute doit appliquer le programme conformément au plan .**

Dans l'exécution du plan, le thérapeute doit incorporer les concepts d'adaptation et d'activité, les éléments de base de l'intervention et les buts discutés aux chapitres II, III et IV de ce document; il doit également déterminer le cadre conceptuel, le modèle d'intervention, les stratégies et les approches qu'il entend utiliser.

L'ergothérapeute doit classer par ordre de priorité les objectifs du programme et les besoins du client, de concert avec celui-ci et le reste de l'équipe. Ce classement doit se faire en fonction du temps, du personnel, de l'équipement, de l'urgence et de l'efficacité. Dans la mesure du possible, il doit s'attaquer d'abord au problème le plus urgent du client étant donné que les progrès peuvent devenir vite apparents. Cela peut donner davantage d'assurance au client et renforcer sa relation avec le thérapeute.

L'ergothérapeute devrait prévoir les modalités d'utilisation du personnel, de l'équipement et des locaux pour la réalisation dans le cadre de l'intervention.

L'intervention dirigée par l'ergothérapeute ou par des techniciens, des auxiliaires ou des étudiants encadrés peut se faire dans un contexte individuel ou de groupe.

L'ergothérapeute devrait établir une relation harmonieuse avec le client, lui procurer un environnement thérapeutique et lui donner les instructions, l'encadrement et le suivi nécessaires de façon à ce que ce dernier s'engage à fond dans le programme.

Les techniques d'intervention et l'environnement devraient être sécuritaires afin ne pas endommager davantage la capacité fonctionnelle du client.

L'ergothérapeute devrait être conscient de la dimension temporelle dans l'administration de l'intervention. Les facteurs qui interviennent ici sont les problèmes et l'énergie du client, la portée des objectifs, les activités choisies, la fréquence des séances et l'efficacité de la prise en charge. Accorder trop de temps à l'intervention est à la fois injuste pour le client et inefficace sur le plan de l'utilisation des services de santé.

Pendant toute la durée de l'intervention, la collaboration des membres de l'équipe, notamment des membres de la famille ou des proches, est essentielle à la réalisation des objectifs souhaités.

i) **Le thérapeute doit enregistrer les services d'ergothérapie fournis et les progrès du client à la fréquence recommandée par le service.**

Il doit consigner le déroulement et les résultats de l'intervention, autrement dit faire état de l'évolution de la thérapie et des résultats obtenus (Reed et Sanderson, 1980). Ce genre de renseignement devrait être enregistré séparément des notes relatives à l'évaluation et au plan d'intervention.

L'examen des éléments d'information qui figurent au dossier médical est devenu un élément important du contrôle de la qualité dans les établissements et organismes de soins de santé. L'obtention de données fiables à partir du dossier médical est utile à plusieurs égards : étude sur l'utilisation des ressources, exigences des assureurs, dispositions de la loi et recherche.

Les critères relatifs au mode d'enregistrement des données doivent être définis selon les besoins du service et compte tenu des tendances actuelles en la matière, à savoir l'enregistrement des données selon les objectifs ou les problèmes.

Selon le cas, les normes du Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, régissant l'enregistrement des données médicales devraient être intégrées aux critères, au même titre que la politique relative à la confidentialité, les exigences relatives à la tenue des dossiers, les dispositions de la loi provinciale, les politiques d'accès aux dossiers médicaux, les limites temporelles, les signatures, etc.

iii) **Le thérapeute doit périodiquement (selon les exigences du service) réévaluer et enregistrer les changements observés dans la capacité fonctionnelle du client.**

Il faut réévaluer régulièrement la capacité fonctionnelle du client pour faire le bilan du programme thérapeutique (Reed et Sanderson, 1980). On procède ici comme on le ferait pour l'évaluation initiale, c'est-à-dire qu'on recueille et l'on analyse des données, etc. La réévaluation devrait débuter dès que l'intervention est amorcée, et être répétée périodiquement, selon les exigences du service. Si le client souffre de troubles aigus, il peut même être nécessaire de procéder à des réévaluations quotidiennes. Les données qui en ressortent devraient être consignées et partagées avec les autres membres de l'équipe.

L'ergothérapeute devrait poser des questions telles que : "Quels changements ont été observés?" et "Quels objectifs ont été atteints?". Une fois qu'il a obtenu les réponses à ces questions, il devrait décider s'il doit poursuivre le traitement, le modifier ou y mettre fin. Il est important qu'il reconnaisse les paramètres et limites de l'ergothérapie. Ces renseignements devraient être transmis à l'équipe.

iv) **Le plan d'intervention doit être modifié conformément aux changements notés.**

Ce genre de modifications touchent les objectifs, le cadre conceptuel, les activités, la durée et la fréquence des interventions, l'équipement, le personnel ou le cadre thérapeutique. Il peut également s'agir de diriger le client vers d'autres services.

Il peut être nécessaire d'enregistrer les modifications apportées au plan et au programme d'intervention pour qu'elles soient revues par l'équipe et surtout par le client et sa famille.

v) **Le thérapeute devrait avoir des contacts réguliers (selon les exigences du service) avec les autres spécialistes de l'équipe ainsi qu'avec la famille du client ou ses proches.**

Les échanges avec d'autres membres de l'équipe peuvent être écrits ou verbaux, officiels ou officieux. Les membres de l'équipe peuvent même comprendre des travailleurs communautaires, des enseignants, des membres du clergé et les employeurs.

Il importe de définir la façon de procéder pour les contacts officiels et écrits, en précisant entre autres leur fréquence. Il faut également spécifier quels sont les personnes ou organismes à qui l'information peut être communiquée puisqu'elle est régie par la législation provinciale sur la divulgation des renseignements.

vi) **Le thérapeute devrait réviser et préciser le plan de congé.**

Le plan de congé représente l'aboutissement d'un ordre naturel des choses. La négligence dans la planification du congé peut annuler tous les progrès réalisés par le client au cours de la thérapie.

L'équipe doit participer à la révision du plan de congé ainsi qu'aux changements qui y sont apportés. Le client et sa famille doivent aussi être mis à contribution dans l'élaboration du plan de congé au cours de l'intervention.

Les détails relatifs au plan de congé doivent être enregistrés séparément des notes relatives à l'intervention.

CHAPITRE V: LIGNES DIRECTRICES PRÉCISES RÉGISSANT LE CONGÉ

1. PRÉAMBULE

Les lignes directrices concernant le congé, exposées ci-après, sont illustrées à l'aide de l'étude de cas qui figure au chapitre VIII. Elles s'inspirent des lignes directrices reproduites à l'annexe A. Le plan de congé doit être coordonné et être fondé sur une politique établie.

Le congé est le signe d'arrêt de l'intervention active. Dans les milieux où ce terme n'est pas usité, on peut parler de fermeture du dossier ou employer des termes similaires. Dans ce document, la cessation de l'intervention prendra le nom de "congé".

La planification du congé assure une démarche en douceur et progressive; cependant ce processus ne revêt pas toujours un caractère officiel. Il peut ou non y avoir des politiques en la matière ou un personnel chargé de remplir cette fonction. Un plan coordonné serait souhaitable lorsque le client a bénéficié de services multiples. La fonction de coordination peut être confiée à un responsable de la planification des congés, le chef de l'équipe ou un représentant.

Le congé n'est pas un phénomène uniquement associé à la suppression des services offerts par un hôpital ou un établissement. Il peut s'appliquer à n'importe quel cadre où sont dispensés des services d'ergothérapie, c'est-à-dire un organisme, les visites à domicile, les centres d'accueil, etc. Par la suite, des services de suivi peuvent ou non être offerts.

2. ÉTAPES PRINCIPALES ET COMPOSANTES

Voici les étapes du processus de congé en ergothérapie.

i) **Le thérapeute doit mettre fin au traitement dès que le client a atteint les objectifs fixés ou qu'il a tiré le maximum des services d'ergothérapie.**

La planification du congé débute dès que s'amorce l'intervention et elle se modifie selon les exigences du client et les ressources disponibles.

Le thérapeute doit reconnaître les limites du client, du service ainsi que les siennes. Lorsqu'il n'est plus possible d'assurer des soins actifs, il faut mettre un terme à la relation. Il y a lieu de reconnaître la difficulté de la séparation et de déterminer celui qui profite le plus de la relation. La décision d'y mettre un terme peut poser un dilemme d'ordre professionnel car il est possible que le client gagne à ce que la relation se poursuive alors que les exigences du milieu thérapeutique ne le permettent pas.

L'ergothérapeute devrait jouer un rôle prépondérant dans la définition des modalités du plan de congé et dans l'exécution de bon nombre de ses recommandations. L'ergothérapeute est particulièrement bien placé pour suggérer des ressources communautaires appropriées, susceptibles de l'aider à fonctionner le mieux possible dans la collectivité. Comme bon nombre de nos clients ont des besoins qui ne sont pas comblés une fois que la relation a pris fin, l'ergothérapeute peut assumer le rôle d'agent de liaison et de coordination en mettant le client en relation avec ces services complémentaires. Ce genre de services indirects que peut assurer un ergothérapeute compte énormément pour le congé.

Afin de faciliter un transfert en douceur d'une institution à une autre (par exemple un centre de soins prolongés), le thérapeute peut devoir visiter le nouveau cadre. À tout le moins, l'ergothérapeute doit, au moment du congé, connaître le nouvel environnement et le niveau de fonctionnement qui y est requis.

ii) **Le plan de congé doit être exécuté et consigné .**

Le plan de congé doit être coordonné, et exécuté conformément à la méthode établie avant la date du congé. Le plan d'action de chaque membre de l'équipe doit être clairement déterminé.

Un plan de congé doit être rédigé dans les délais prévus par la politique de l'établissement. Il doit faire état du niveau de capacité fonctionnelle du client; indiquer quels sont les objectifs atteints et non atteints, quels sont les services de suivi envisagés et les besoins non comblés. Il doit aussi contenir des recommandations.

iii) **Le plan doit être compatible avec :**

- les capacités et limites fonctionnelles de la personne, ses objectifs, le pronostic et les ressources communautaires, et
- le plan de congé d'autres professionnels concernés.

La planification du congé est le fruit d'une collaboration entre les pourvoyeurs de soins et le client, ce dernier ayant un rôle clé à jouer. Ce travail de collaboration débute très tôt dans la relation thérapeutique, et, par la suite, il s'étend aux membres de la famille du client, aux proches et aux personnes ressources dans la collectivité, qu'il s'agisse de spécialistes ou de profanes.

iv) **Il faut consacrer suffisamment de temps à la coordination et à la mise en oeuvre efficaces du plan.**

Le plan de congé doit être élaboré au cours de l'intervention pour s'assurer qu'il est compatible avec les plans de congé d'autres membres

de l'équipe thérapeutique, des membres de la famille et de l'intéressé même. Il peut être nécessaire de fournir des renseignements supplémentaires.

On facilite la planification en prévoyant des réunions avec les autres membres de l'équipe. La coordination peut être confiée à une personne spécialement désignée ou être assurée à tour de rôle par des membres de l'équipe. Dans certains milieux, l'ergothérapeute peut assumer davantage de responsabilités en ce qui concerne la coordination et la mise en oeuvre du plan.

v) **Le thérapeute doit préparer un résumé du congé, conformément aux politiques du service. Ce résumé doit indiquer l'état fonctionnel du client, les objectifs réalisés et non réalisés, les services de suivi envisagés et d'autres recommandations pertinentes.**

Un résumé revêt énormément d'importance. Il devrait s'agir d'un document distinct qui sert d'instrument de communication entre "l'équipe" interne et "l'équipe" externe, ou les intervenants de la collectivité. C'est un rapport de soins, et, à ce titre, il doit bien indiquer l'état fonctionnel, la réalisation des objectifs, la nature de l'intervention, etc., mais il doit également informer de l'état du client au moment du congé, ainsi que des objectifs à atteindre et des besoins à combler. Ce document peut également indiquer à l'équipe externe (par exemple le médecin de famille, les organismes communautaires) quel rôle ils doivent assumer à l'égard des soins ou des services continus.

Lorsque le client est transféré à un autre établissement de soins, c'est à l'ergothérapeute que peut incomber la responsabilité d'adresser le client à un organisme ou un programme communautaire, que ce soit verbalement ou par écrit.

La présentation du résumé et de ses destinataires peut varier selon la politique de l'établissement, en tenant compte du respect de la confidentialité et de la protection de la vie privée de l'individu, deux facteurs primordiaux. Il peut s'agir d'un rapport unique, qui recouvre des services multiples, ou encore, d'une série de rapports qui portent chacun sur un service en particulier.

vi) **Il faut mettre fin à la relation client-thérapeute.**

Outre les considérations énumérées plus haut, il existe une étape plus déterminante du congé, qui doit également être soigneusement planifiée, à savoir la cessation de la relation thérapeutique. Les politiques et pratiques relatives à cette étape ne sont pas aussi bien définies ici car c'est une étape toute en subtilités.

Pour mettre un terme à la relation, il faut faire preuve d'autant de doigté et de finesse qu'au moment d'engager la relation. C'est une étape qui dépend essentiellement de "l'art" du métier, et, à plusieurs égards, devrait être planifiée et mise à exécution avant l'adoption de mesures

concrètes. Une planification et une mise en œuvre efficaces du congé supposent un juste équilibre entre ces éléments relationnels et structurels.

CHAPITRE VI: LIGNES DIRECTRICES PRÉCISES RÉGISSANT LE SUIVI

1. PRÉAMBULE

Ces lignes directrices sont illustrées à l'aide de l'étude de cas qui figure au chapitre VIII. Elles s'inspirent des lignes directrices exposées à l'annexe A.

Le suivi désigne le plan de reprise de contact avec l'ergothérapeute pour que l'on détermine si les progrès réalisés ont été maintenus ou s'il y a des améliorations possibles. Si on constate une régression ou une détérioration, on peut y remédier. Lorsque le suivi ne fait pas partie intégrante de la politique de l'établissement, c'est un élément important d'un programme de soins complet qui fait défaut.

Il est recommandé d'assurer des services de suivi même lorsque le client a été transféré à un autre établissement de soins car ce dernier peut ne pas offrir de l'ergothérapie (Reed et Sanderson, 1983). Le suivi peut être assuré par un autre ergothérapeute ou confié à une autre personne ressource lorsque l'ergothérapeute ne peut le faire lui-même ou lorsque cette étape ne fait pas partie des pratiques courantes.

2. ÉTAPES PRINCIPALES ET COMPOSANTES

Voici les étapes et les composantes du processus de suivi.

i) **Le thérapeute doit réévaluer la personne à intervalles appropriés, après le congé .**

Cette réévaluation peut se faire de différentes façons. Elle peut prendre la forme d'une visite rendue par le client à l'établissement, d'une visite à domicile faite par le thérapeute ou d'un appel téléphonique ou encore d'une enquête par questionnaire. C'est un service qui peut n'être offert qu'une fois ou il peut s'agir d'une série de contacts prévus à intervalles déterminés.

ii) **Les résultats de la réévaluation doivent être enregistrés .**

Comme nous l'avons déjà indiqué, la documentation devrait indiquer l'état de santé de la personne au moment de la réévaluation, les besoins non comblés et contenir d'autres recommandations.

Le document devrait être distribué conformément aux lignes directrices prescrites, notamment aux membres concernés de l'équipe interne et externe.

Chaque contact relatif au suivi doit faire l'objet d'un compte rendu écrit, conformément aux normes ou politiques prescrites, et être versé au dossier clinique.

iii) **Si le client a besoin d'autres soins, le thérapeute doit l'orienter vers le service approprié.**

Ayant évalué l'état de santé et déterminé qu'il y a des problèmes qui justifient une intervention, l'ergothérapeute facilitera l'orientation vers le service approprié, que ce soit à l'intérieur de l'établissement ou dans la collectivité, ou dans l'un et l'autre.

Le suivi permet d'obtenir de meilleurs résultats et donc d'assurer la qualité des soins. C'est aussi une excellente occasion pour le thérapeute d'évaluer les résultats de son intervention.

CHAPITRE VII: LIGNES DIRECTRICES PRÉCISES RÉGISSANT L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE SOINS

1. PRÉAMBULE

Les lignes directrices régissant l'évaluation des programmes de soins sont illustrées dans l'étude de cas présenté au chapitre VIII et proviennent des lignes directrices énoncées à l'annexe A.

L'évaluation de programme désigne ici l'évaluation d'un programme individuel, axé sur le client plutôt que l'évaluation d'un service d'ergothérapie. Elle suppose que l'on détermine l'efficacité, le rendement, ainsi que l'efficience du programme. Elle est étroitement liée au contrôle de la qualité qui fait de plus en plus partie intégrante des services d'ergothérapie. On entend par efficacité d'un programme, sa capacité d'atteindre les objectifs définis, dans des conditions optimales; le rendement correspond aux résultats obtenus par rapport aux objectifs établis; enfin, l'efficience est la capacité d'atteindre les objectifs déterminés, avec le moins de dépenses et d'efforts possible (Ostrow et coll., 1983.)

Les critères d'évaluation peuvent être qualitatifs ou quantitatifs et porter sur le processus ou les résultats de l'intervention. Comme la qualité des soins de santé dépend de la perception subjective et du client et du thérapeute, il est difficile de définir des critères d'évaluation qui soient fiables ou valables pour quiconque sauf l'intéressé. La qualité de l'intervention en ergothérapie doit faire l'objet d'une interprétation subjective et elle est difficile à déterminer puisqu'elle a trait à la qualité du fonctionnement d'un individu ou de son engagement existentiel. Qu'il s'agisse d'évaluer l'intervention proprement dite ou ses résultats, on opte plus volontiers pour l'évaluation quantitative puisqu'il est plus facile de fixer des critères quantitatifs qui soient observables et mesurables et de définir le niveau (norme) de fonctionnement souhaité. Les mesures du fonctionnement physique sont les plus faciles à quantifier bien que les ergothérapeutes s'emploient de plus en plus à mettre au point des instruments permettant de quantifier l'évaluation du fonctionnement cognitif et émotionnel. Bien que ce genre de fonctionnement ne soit pas directement observable, l'évaluation de l'aptitude à s'acquitter de certaines tâches peut donner une idée du niveau de la qualité du fonctionnement cognitif et émotionnel.

L'évaluation de programme peut être effectuée par des évaluateurs de l'extérieur qui appliquent des critères et un système d'évaluation précis; elle peut aussi être faite de façon moins officielle par chaque thérapeute. Toute intervention axée sur le client devrait faire l'objet d'une forme quelconque d'évaluation de programme pour que le processus soit complet.

2. ÉTAPES PRINCIPALES ET COMPOSANTES

Voici les étapes et les composantes du processus d'évaluation des programmes de soins.

Le thérapeute doit évaluer le rendement réel et l'efficience du programme

i) en déterminant si les lignes directrices applicables au processus et décrites ci-dessus ont été suivies (évaluation du processus);

L'évaluation du processus de la pratique axée sur le client implique une revue de chacune des étapes de la pratique pour s'assurer que les lignes directrices ont toutes été suivies et que les critères applicables à chaque étape ont été satisfaits. Il doit par exemple vérifier l'existence de documents attestant qu'un client a été adressé au service d'ergothérapie et qu'on a donné suite à la demande. Il doit vérifier si une évaluation a été faite, conformément aux lignes directrices établies pour chaque type de client. Il doit s'assurer que les résultats ont été enregistrés et communiqués à qui de droit. Il doit voir à ce que les objectifs immédiats et à long terme du programme aient été définis à la lumière des résultats de l'évaluation et qu'ils aient été précisés de façon à donner une orientation au programme. Il doit s'assurer que les lignes directrices relatives à l'intervention, au congé et à la postcure correspondent aux objectifs et priorités définis à l'étape de la planification du programme. Il doit vérifier s'il a noté les objectifs non réalisés ainsi que le niveau de fonctionnement atteint et les lacunes ou limites qui expliquent le résultat obtenu.

Dans certains cas, l'évaluation du processus peut consister en une analyse de la répartition du temps du thérapeute entre les différentes étapes de la pratique, autrement dit, le temps consacré à la prise de contact, le temps affecté aux évaluations, à l'intervention, au congé, au suivi et à l'évaluation du programme. Cette évaluation de l'emploi du temps doit tenir compte des services directs et indirects au client comme l'indique le nouveau Système des mesures de travail pour les traitements d'ergothérapie (MSNBS, 1985).

Lorsque l'analyse des coûts fait partie de l'évaluation du processus, il est possible de mettre les coûts du programme en corrélation avec le temps consacré à celui-ci et les diverses activités cliniques pour déterminer un niveau de productivité applicable à tout processus ou aux différentes étapes de la pratique. L'étude des coûts relatifs au matériel et aux installations peut être faite à partir des données provenant du Système des mesures de travail ou d'autres sources.

ii) **Évaluation des résultats de l'intervention**

L'évaluation des résultats porte sur l'efficacité ou, plus communément, sur le rendement du programme. Dans le modèle conceptuel de l'activité humaine présenté ici, les mesures du fonctionnement tant quantitatif que qualitatif devraient être exprimées par rapport aux soins personnels, au travail productif ou aux loisirs, ou encore, par rapport aux quatre éléments de la capacité fonctionnelle, à savoir les dimensions physique, mentale, socio-culturelle et spirituelle. Par exemple, les objectifs quantitatifs immédiats et à long terme (mesures des résultats) peuvent consister à accroître la force musculaire (dimension physique) afin de permettre à la personne d'améliorer ses aptitudes au travail au point de pouvoir fournir une journée de travail complète (travail productif); ou d'acquérir de

l'estime de soi (dimension mentale) au point où le client en arrive à faire sa toilette quotidienne de son plein gré et à supporter le stress que représente le fait d'être vu parmi des étrangers dans un supermarché (aspect "vie communautaire" des soins personnels). Un objectif qualitatif peut résider dans le fait que le client fera de lui-même état, au cours des discussions avec son thérapeute, des progrès qu'il a réalisés sur les plans de la perception de soi et de l'attribution d'un sens à la vie (dimension spirituelle) par le sentiment d'être utile à la société (travail productif).

Que l'évaluation porte sur les résultats ou sur le processus, les données relatives à l'emploi du temps (exemples dans le Système des mesures de travail) peuvent être comparées aux données relatives aux résultats obtenus auprès du client. L'évaluation peut tenir compte du temps qui doit être consacré à l'intervention pour obtenir un niveau souhaité d'autonomie chez les clients atteints de différents types d'incapacités et à des degrés divers. La question de l'analyse du coût par rapport aux résultats est étudiée sous la rubrique "évaluation financière" ci-après.

Evaluation financière

L'évaluation des résultats peut porter non seulement sur l'efficacité ou le rendement de l'intervention mais aussi sur des considérations financières. Ce type d'évaluation consiste en une analyse comparative des coûts du programme et des conséquences de l'adoption d'autres options. Elle peut faire appel au coût-efficacité, à l'analyse coûts-avantages, ou coût-utilité.

L'étude de coût et d'efficacité est semblable à l'analyse des coûts et rendements, en différant surtout dans son essai d'analyse de rendement au coût le plus bas. La tendance dans la littérature concernant les soins de santé et la pratique est de se servir de l'étude de coût et d'efficacité pour l'estimation des programmes plutôt que de l'analyse des coûts et rendements car les résultats des soins sont plus faciles à mesurer de cette façon. C'est ainsi qu'en ergothérapie, le changement au niveau fonctionnel entre l'évaluation et le congé peut s'analyser en comparaison avec les coûts et rendements des coûts d'intervention directs, indirects ou intangibles.

Dans une analyse coûts-avantages, il faut prendre en considération aussi bien les avantages directs, par exemple la diminution du nombre de journées d'hospitalisation, que les avantages indirects comme l'allègement du fardeau familial, et les avantages intangibles, comme l'adaptation à une incapacité. Les avantages peuvent être considérés comme immédiats, par exemple le fait de sortir du réseau médico-hospitalier plus tôt que prévu, ou comme à plus long terme, comme c'est le cas pour une prise de conscience accrue de l'énergie qui doit être investie dans l'accomplissement des tâches et la prévention de l'incapacité. Il existe jusqu'ici peu d'études officielles portant sur les avantages directs de l'ergothérapie, et les rares études sur la question traitent de l'intervention auprès de groupes diagnostiques spécifiques, notamment ceux dont l'incapacité provient d'un accident cérébro-vasculaire, de la polyarthrite rhumatoïde, de la schizophrénie, de la déficience mentale, etc. Les avantages indirects et intangibles de l'ergothérapie axée sur le client n'ont pour ainsi dire fait l'objet d'aucune évaluation officielle. Il s'agit dans l'analyse de tenir

compte des coûts associés aux avantages directs, indirects et intangibles afin d'établir un rapport avantages-coûts ou le rapport entre les avantages et les coûts d'autres options en matière de programme.

Il est rare que l'on fasse une analyse de coût-utilité en ergothérapie, mais ce type d'analyse porterait sur le lien entre des coûts directs, indirects et intangibles d'un programme axé sur le client, d'une part, et la qualité de vie assurée par l'intervention en ergothérapie, d'autre part.

3. ÉTAPES DE L'ÉVALUATION DE PROGRAMME

L'évaluation de programme a été décrite de diverses façons (Levey et Loomba, 1984; Shortell et Richardson, 1978); elle comporte diverses étapes qui pourraient être résumées de la façon suivante :

1. Formuler les questions servant à définir le type d'évaluation (par exemple l'évaluation du processus ou l'évaluation des résultats), son caractère formel et sa raison d'être.
2. Définir les objectifs de l'évaluation, en précisant les critères mesurables, le niveau de rendement souhaité ainsi que les méthodes de collecte des données.
3. Établir les priorités en matière d'évaluation.
4. Préparer un plan d'évaluation qui indique la durée de l'évaluation, les personnes concernées, la façon de procéder et les méthodes prévues de collecte, d'analyse, d'enregistrement et d'utilisation des données de l'évaluation.
5. Indiquer la marche à suivre en cas d'imprévus, pour tenir compte des impondérables.
6. Mettre à exécution le plan et recueillir les données de l'évaluation.
7. Rassembler, analyser et interpréter les données.
8. Enregistrer les résultats de l'évaluation, conformément aux modalités du plan.
9. Formuler des recommandations à la lumière d'une analyse des données de l'évaluation et y donner suite.
10. Passer en revue et réviser les différentes étapes du processus d'évaluation en vue d'une utilisation future.

4. MÉTHODES D'ÉVALUATION

Les méthodes d'évaluation applicables à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client sont variées, allant de l'analyse informelle du programme à l'utilisation de devis expérimentaux de recherche. L'évaluation informelle peut se faire par l'autocritique, l'évaluation des pairs ou la rétroaction des clients, fondées sur des critères d'évaluation subjectifs et objectifs, définis assez vaguement. Les devis de recherche sur l'évaluation des services offerts peuvent varier du simple au complexe, de la simple comparaison de la capacité fonctionnelle du client entre le moment de l'évaluation initiale et le moment du congé, à l'utilisation de groupes témoins choisis au hasard ayant fait l'objet d'un pré-test et d'un post-test devant permettre de mesurer des critères bien définis, dans des conditions rigoureuses. La collecte officielle de données se fait généralement

par l'étude du dossier, par l'évaluation du fonctionnement par un évaluateur indépendant et expérimenté, ou par d'autres moyens de collecte objective de données (Shortell et Richardson, 1978).

5. CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Le contrôle de la qualité et l'évaluation de programme sont deux méthodes qui se ressemblent puisqu'elles ont pour but d'apprécier la capacité d'un programme à atteindre ses buts. Leur similarité consiste en l'utilisation des mêmes méthodes variées de cueillette de données (y compris la révision des dossiers, l'observation des pairs ou l'entrevue avec le client) pour évaluer la structure, le processus ou le résultat des soins. Ces deux méthodes peuvent se concentrer sur l'ergothérapie ou peuvent s'insérer au sein de l'examen critique de soins du client par l'équipe.

Dans l'évaluation du programme, on se penche sur l'ensemble du programme alors que dans le contrôle de la qualité, on s'attarde à des aspects choisis des soins que l'on cherche à améliorer (Ostrow et coll., 1983). L'amélioration par le truchement du contrôle de la qualité découle de la mise au point de normes de performances pour des critères spécifiques, de la mesure de la performance actuelle et de la comparaison des résultats avec les normes. Dans le contrôle de la qualité, l'action et l'observation postcure sont conçus de façon à faire coïncider la performance avec les normes. Dans l'évaluation du programme, on ne prend pas nécessairement une action correctrice.

6. FIDÉLITÉ ET VALIDITÉ* DE L'ÉVALUATION DE PROGRAMME

Dans le domaine de l'évaluation, la fidélité désigne la constance des résultats lorsque les mêmes critères sont mesurés par différents évaluateurs au même moment ou par le même évaluateur à des moments différents. La validité indique dans quelle mesure le critère rend compte de ce qu'il est censé estimer. L'ergothérapeute devrait être au courant des nombreux facteurs qui influent sur la fidélité et la validité de l'évaluation de programme dans la pratique de l'ergothérapie axée sur le client. Il est important de tenir compte des principes de fidélité et de validité énumérés ci-après, que ce soit dans le cadre d'un programme d'évaluation informelle et simple ou d'évaluations formelles quantifiées et analysées statistiquement.

Comme il est rare que l'ergothérapeute dispense des services axés sur le client de façon isolée, il faut reconnaître que bon nombre des résultats obtenus auprès du client peuvent être influencés par des variables telles que l'intervention d'autres professionnels, de la famille, du milieu et d'autres facteurs. Il est possible de tenir compte de ce genre de facteurs dans une évaluation de programme informelle, mais on peut également les quantifier et en faire une analyse statistique dans les évaluations plus formelles.

---

* Voir note page suivante.

7. DOCUMENTATION

Pour effectuer une évaluation de programme fiable et valable, il est important de disposer d'une documentation nette et cohérente, tout au cours de la pratique axée sur le client. Il importe de faire un compte rendu écrit de l'évaluation, dans lequel doivent figurer entre autres les dates et les signatures requises, selon les modalités préétablies. L'évaluation non standardisée doit aussi être enregistrée car elle peut servir de point de départ aux discussions portant sur la révision du programme et l'amélioration de la qualité des soins. Ces renseignements peuvent être conservés dans les dossiers du service d'ergothérapie. L'évaluation de programme formelle et complexe, qui fait généralement partie de l'évaluation de toute l'équipe thérapeutique, exige une documentation plus solide et est accessible à tous les membres de l'équipe. La documentation qui sert à l'évaluation de programme devrait être produite périodiquement, par exemple tous les mois ou une fois l'an. Il doit être bien entendu qu'une évaluation de programme dans le cadre de la pratique axée sur le client ne constitue pas une appréciation des compétences du thérapeute. Dans la plupart des cas, dans un établissement de santé, l'évaluation de programme n'est pas versée au dossier; elle est conservée à part dans un type de registre confidentiel prévu par les politiques du programme ou par la législation provinciale.

8. RÉSUMÉ

On commence à peine en ergothérapie à définir les méthodes, techniques et instruments de mesure applicables à l'évaluation du processus et à l'évaluation des résultats. Les membres de la profession doivent s'intéresser de plus près à l'évaluation des résultats et mettre au point les modèles nécessaires. L'évaluation de programme confirme le rendement de l'ergothérapie. À défaut d'une telle validation, les ergothérapeutes sont mal placés pour convaincre les gens de l'efficacité, du rendement ainsi que de l'efficience de leurs services, d'où l'importance de l'élaboration de lignes directrices pour l'évaluation des résultats.

---

* Note
La constance des résultats obtenus par divers évaluateurs effectuant une évaluation des mêmes critères de programme, au même moment, suppose que les évaluateurs aient reçu les mêmes instructions et possèdent les mêmes aptitudes en matière d'évaluation. La fiabilité inter-juges, c'est-à-dire d'une évaluation menée par le même évaluateur à des moments différents (fiabilité de précision ou fiabilité test-retest) suppose que les évaluateurs appliquent systématiquement les mêmes méthodes d'évaluation et fassent preuve des mêmes aptitudes, lorsque l'évaluation est reproduite plus d'une fois. Dans un cas comme dans l'autre, les évaluateurs ont besoin d'instruments d'évaluation ou de collecte de données (questionnaires, échelles d'évaluation, guides d'entrevues, etc.) qui soient suffisamment normalisés pour être utilisés de façon cohérente (cohérence interne), ou qui permettent d'évaluer les mêmes critères à l'intérieur du programme du client d'un bout à l'autre de l'évaluation (fidélité de bipartition).

La validité de l'évaluation de programme dépend de la définition de critères qui rendent compte de l'objet de l'évaluation (validité de contenu). Lorsque l'évaluation de programme fait appel à plus d'une approche en même temps, chaque approche doit évaluer les mêmes critères (validité convergente). Lorsque l'évaluation a pour objet de prévoir dans quelle mesure le programme permettra d'obtenir des résultats déterminés, auprès d'un groupe précis de handicapés, il y a lieu d'examiner l'aptitude à contrôler les facteurs qui permettent de telles prédictions (validité prédictive). La validité convergente et la validité prédictive sont des types de validité rattachés à des critères, où un élément (critère) de l'évaluation est comparé à un autre. Pour évaluer un critère subjectif ou intangible à l'intérieur d'un programme (par exemple, l'aptitude d'un programme à communiquer un sens de l'autonomie au client) il faut créer un critère tangible (validité de construit) (Shortell et Richardson, 1978)

CHAPITRE VIII: EXEMPLE DE CAS ILLUSTRANT LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE L'ERGOTHÉRAPIE*

RÉSUMÉ DE L'EXEMPLE DE CAS

Le document antérieur intitulé "Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client" cite en exemple le cas de Jean Clément, veuf de 45 ans, menuisier au chômage, qui a été suivi depuis l'étape de l'orientation jusqu'à la planification de programme.

Le sujet avait été orienté vers un service d'ergothérapie parce qu'il était extrêmement maussade, coléreux et obstiné à l'égard de sa fille. Il refusait toute tentative de pourvoir seul à ses besoins personnels ou de contribuer aux travaux ménagers. Sa jambe droite avait été amputée au-dessus du genou trois ans auparavant. Il se montrait violent à l'occasion et menaçait de se suicider.

La demande présentée au service d'ergothérapie portait sur l'évaluation de l'état affectif et du niveau de fonctionnement physique ainsi que sur l'élaboration d'un programme de traitement visant à améliorer l'état affectif et physique.

L'évaluation comprenait a) un entretien avec M. Clément et sa fille; b) l'observation du fonctionnement de M. Clément sur les plans des soins personnels, du travail productif et des loisirs ainsi que de l'activité physique, mentale, socioculturelle et spirituelle; c) l'application de méthodes de mesure et d'évaluation formelles et informelles et la collecte de données à l'aide d'autres ressources, par exemple les tests psychologiques et les rapports de physiothérapie.

À partir du résumé de l'évaluation et des recommandations afférentes, on a défini un exemple de plan, et on a choisi un objectif et un but relatif à cet objectif. D'après l'objectif fixé, M. Clément devait avoir une séance de consultation individuelle, une heure par jour pendant deux semaines, après quoi il devait être réévalué.

OBJECTIF : Le client doit être en mesure d'exprimer ses sentiments face au décès de sa femme.

ACTIVITÉ : L'activité thérapeutique doit favoriser la réflexion, l'introspection, l'expression des sentiments. La discussion peut porter sur des albums de photos et des souvenirs. Il peut s'agir d'un petit projet de menuiserie qui symboliserait une facette du passé et des rapports du client avec sa femme.

---

* La provenance de cette histoire de cas est indiquée en page 57.

Un plan de programme distinct doit être défini pour tout autre objectif ou but, et être intégré au plan global pour que le seul objectif retenu dans l'exemple de cas soit atteint.

SUITE DONNÉE À L'EXEMPLE DE CAS

L'exemple servira à illustrer chacune des lignes directrices présentées dans l'annexe A.

Dans l'exemple de cas fourni, on s'est penché uniquement sur un objectif, en faisant abstraction des autres. En fait, il devrait s'y greffer d'autres objectifs, et le plan d'intervention, l'intervention, la postcure et l'évaluation devraient être conçus de façon à ce que tous les objectifs soient intégrés à un plan d'ensemble.

1. INTERVENTION

L'étape de l'intervention consiste en la mise à exécution du plan de programme. À cet égard, il s'agit de mettre en application les concepts (chapitre II), les éléments fondamentaux (chapitre III) et les objectifs (chapitre IV) dont il a déjà été question dans ce document.

i) Le thérapeute doit appliquer le programme conformément au plan.

Concepts

a) Cadre conceptuel, modèle, approche:

L'objectif spécifique dans cette illustration est fondé sur le modèle de fonctionnement occupationnel décrit dans le document précédent. Il porte sur la capacité fonctionnelle mentale et les trois domaines de fonctionnement occupationnel.

Dans cette perspective, le cadre conceptuel utilisé sera humaniste mais le cadre analytique pourrait l'être aussi.

Étant donné la nécessité d'une meilleure connaissance de soi et de ses sentiments, l'approche sera psychoéducative.

b) Adaptation :

Pour M. Clément, l'adaptation affective consiste à apprendre à exprimer les sentiments associés au décès de sa femme par des moyens socialement acceptables, par exemple par le biais de la discussion à partir des photos de famille, ce qui devrait l'aider à comprendre et à revivre les différentes étapes du deuil (à l'heure actuelle, il semble être parvenu au stade du déni).

L'adaptation socioculturelle consisterait à changer la perception qu'il a de lui-même et de ses rapports avec les autres comme veuf.

c) Activité :

Regarder les albums de photos et les souvenirs apporte à la mémoire un stimulus visuel qui facilite l'expression verbale des sentiments rattachés au décès.

La menuiserie offre à cette personne qui a exercé essentiellement ses habiletés physiques dans le cadre de son travail l'occasion de s'adonner à une activité davantage axée sur le physique que sur les facultés cognitives.

Éléments fondamentaux

a) Domaine spirituel :

Par un retour sur la vie passée de la famille et l'utilisation de la menuiserie (reliée au présent et au futur) M. Clément est amené à découvrir un sens à son existence et des sources possibles de bonheur dans l'avenir qui lui reste.

b) Motivation :

On fait appel à l'activité pour aider M. Clément à trouver des éléments susceptibles de l'inciter à exprimer verbalement les sentiments associés à la perte et à s'y adapter, plutôt qu'à recourir à la violence.

c) Relation thérapeutique :

La motivation dépend essentiellement de la qualité de la relation thérapeutique établie entre M. Clément et le thérapeute.

Pour que M. Clément puisse exprimer ouvertement ses émotions, la relation d'aide doit être marquée par la confiance, l'authenticité, la chaleur, l'empathie et l'absence de jugement.

Dans le cadre de la relation, le thérapeute aide M. Clément à établir une communication nouvelle et plus profonde avec sa fille de façon à ce que tous deux puissent parler de ce qu'ils ressentent face à la perte et surmonter le deuil.

Au cours de l'intervention, la relation d'aide est un prolongement de celle qui avait été établie avec M. Clément à l'étape de l'évaluation.

d) Enseignement - apprentissage :

On incite M. Jones à apprendre à mieux connaître ses sentiments par l'action (passer en revue l'album de photos et exécuter un travail de menuiserie) plutôt que par l'analyse cognitive et le counseling seulement.

En apprenant à verbaliser ses émotions et à trouver sa propre source de motivation, M. Clément est plus susceptible de s'adapter à la perte de son épouse.

e) Considérations d'ordre éthique :

La question de la confidentialité de l'information que M. Clément révèle au thérapeute au cours des entretiens est clarifiée. Le thérapeute consulte M. Clément au sujet de l'information qu'il communiquera à la fille de celui-ci et à d'autres membres de l'équipe afin de le sécuriser davantage dans la relation thérapeutique. S'il y a des questions qui ne resteront pas confidentielles, il en fera part à M. Clément. Il fera savoir à ce dernier que les données relatives au cas seront transmises aux autres membres de l'équipe.

Le thérapeute tente d'obtenir l'accord de M. Clément par rapport à l'objectif, autrement dit, le thérapeute s'assure que M. Clément consent à verbaliser ce qu'il ressent face au décès de son épouse et qu'il comprend pourquoi on lui demande de discuter des photos et d'entreprendre un projet de menuiserie pour atteindre cet objectif.

Le thérapeute a besoin de renseignements à jour sur l'utilisation de l'activité à des fins thérapeutiques pour inciter M. Clément à verbaliser son sentiment de perte afin d'être en mesure d'utiliser sa compétence dans l'application de ce genre de techniques.

Objectifs

Ce cas illustre deux des quatre objectifs possibles de l'intervention dans le cadre des services directs axés sur le client.

a) Développer la capacité fonctionnelle :

M. Clément acquiert de nouvelles habiletés dans la verbalisation des sentiments associés au décès de son épouse de façon constructive plutôt que destructrice. Comme il n'a jamais vécu la perte d'un conjoint, et que d'après ses antécédents, il montre des tendances à l'autodestruction (par exemple, il a abusé de l'alcool à la mort de ses parents, il y a quelques années), on peut parler dans son cas d'acquisition de nouvelles habiletés plutôt que de réapprentissage d'habiletés antérieures.

b) Prévenir la dysfonction :

Il s'agit d'une forme de prévention secondaire qui a pour objet d'empêcher que se poursuive un comportement inacceptable et que se détériore davantage l'humeur du client jusqu'à un point critique.

ii) **Le thérapeute doit consigner les services d'ergothérapie fournis et les progrès du client, aussi souvent que le recommande le service.**

Dans le cas de M. Clément, le thérapeute fait un bref compte rendu quotidien de l'intervention et des progrès ainsi qu'un résumé plus complet au terme de la période de deux semaines, après la réévaluation. Le résumé fait état des progrès accomplis et de l'évolution de chacun des concepts, éléments fondamentaux et objectifs inhérents au plan de programme. Le registre quotidien indique les efforts d'adaptation de M. Clément, sa réaction à l'utilisation d'activités lors des séances d'ergothérapie, ses sources de motivation, les caractéristiques de la relation thérapeutique (exemples de gestes et de comportement qui témoignent de la chaleur, de l'empathie, etc.), l'approche la plus efficace pour son apprentissage et toute autre question d'ordre moral qui se pose par rapport au respect de la confidentialité par le thérapeute; les progrès dans l'acquisition d'habiletés ou la prévention d'autres problèmes.

iii) **Le thérapeute doit régulièrement (ou selon les exigences du service) réévaluer et indiquer par écrit les changements observés dans la capacité fonctionnelle du client.**

Au bout de deux semaines, il y a lieu de faire une évaluation formelle et informelle. Le thérapeute doit passer en revue les progrès réalisés sur le plan de l'acquisition d'habiletés ou de la prévention d'autres problèmes. Dans ce cas, l'évaluation subjective du thérapeute quant à l'aptitude de M. Clément à exprimer les sentiments douloureux et à apprendre de nouveaux modes d'expression des émotions constituerait une méthode d'évaluation utile. En outre, le thérapeute pourrait faire appel à la méthode du collage de photos tirées de revues (Lerner, 1982) pour mesurer la capacité d'expression des émotions chez le client et ses perspectives d'avenir.

iv) **Le plan d'intervention doit être modifié à la lumière de ces changements.**

Après la réévaluation, le plan d'intervention doit être modifié pour tenir compte des progrès réalisés par M. Clément puisqu'il réagit bien à la thérapie et commence à se rapprocher de sa fille. Le thérapeute peut combiner cet objectif avec celui qui consiste à intégrer la fille à la thérapie.

v) **Le thérapeute doit communiquer régulièrement (ou selon les exigences du service) avec d'autres professionnels, la famille du client ou d'autres personnes concernées.**

On note des progrès par rapport à cet objectif précis ainsi qu'à d'autres objectifs poursuivis simultanément. Le compte rendu des discussions avec le physiothérapeute et l'infirmière et le rapport du médecin de famille font état de la modification de son attitude et de son aptitude à accepter qu'on s'attend à ce qu'il recommence à pourvoir à ses besoins personnels et à ce qu'il s'engage dans un programme de réentraînement à la marche. Le thérapeute discute avec les autres membres de l'équipe ainsi qu'avec le client de la nécessité de poursuivre la médication et de ses effets sur le fonctionnement quotidien.

vi) **Le thérapeute doit réviser et préciser le plan de congé.**

Dès que le client montre les premiers signes de progrès, le thérapeute commence à aborder la question du congé dans ses entretiens avec le client ainsi qu'avec l'équipe et la famille, bien avant que les modalités du congé ne soient arrêtées. Il convient avec M. Clément, sa fille et les autres membres de l'équipe que le client réintégrera son foyer une fois son congé obtenu.

2. CONGÉ

i) **Le thérapeute doit mettre un terme à la relation lorsque le client a atteint les objectifs ou lorsqu'il a tiré le maximum des services d'ergothérapie.**

Comme M. Clément parvient à exprimer ce qu'il ressent face à la perte de sa femme avec le thérapeute et a commencé à le faire avec sa fille, les rapports avec celle-ci se sont améliorés, et le thérapeute commence à transférer progressivement la dépendance envers lui à la fille de M. Clément.

Le comportement manifesté à la maison n'est pas considéré ici et est vu comme un objectif distinct.

ii) **Un plan de congé doit être précisé et enregistré.**

Le thérapeute établit un plan de congé comme suit :

- effectuer une visite à domicile pour observer le patient et sa fille dans leur milieu familial pour s'assurer que les habiletés nouvellement acquises ont été généralisées;
- discuter avec la fille des stratégies à mettre en oeuvre à domicile;
- inciter le client à rétablir le contact avec les anciens amis;
- encourager le client à mettre ses habiletés au service des autres; par exemple, entreprendre de petits projets de menuiserie dans des foyers pour personnes âgées ou handicapées;
- inciter le client à trouver des intérêts hors du foyer.

Ce plan est précisé dans le dossier médical du client (M. Clément).

iii) **Le plan doit tenir compte :**

- **des capacités et déficits fonctionnels du client, des objectifs du programme, du pronostic ainsi que des ressources offertes par la collectivité, et**
- **du plan de congé élaboré par les autres professionnels intéressés.**

Le client est maintenant en mesure d'exprimer ses émotions de façon satisfaisante et s'est montré capable de transférer chez lui les habiletés acquises dans le cadre de la thérapie. Il a fait des progrès dans ses rapports avec sa fille à la maison et peut bénéficier de ressources communautaires.

Le plan de congé est coordonné avec le physiothérapeute et le travailleur social.

iv) Il faut consacrer le temps nécessaire à la coordination et à la mise en oeuvre efficace du plan.

Le plan de congé s'élabore avec le client au cours de plusieurs séances; l'ergothérapeute consulte la fille et discute du plan avec les autres professionnels et organismes concernés.

v) **Le thérapeute doit préparer un résumé en vue du congé conformément aux politiques du service. Ce résumé doit faire état de la capacité fonctionnelle du client, des objectifs atteints et non atteints, des services de suivi envisagés et d'autres recommandations.**

Le résumé est préparé dans les cinq jours qui précèdent le congé, selon la politique du programme, et il est versé au dossier de M. Clément, auquel peuvent avoir accès tous les membres de l'équipe thérapeutique. Au cours de la dernière séance en établissement, l'ergothérapeute passe en revue le plan de congé et de postobservation avec M. Clément et sa fille. Puisque c'est le même thérapeute qui assurera le suivi dans la collectivité, il insistera sur le fait que M. Clément a acquis de nombreuses aptitudes qui l'aideront à composer avec son sentiment de perte et qu'il a participé à l'élaboration d'un plan prévoyant que le thérapeute continuera de l'aider à transférer sa capacité d'adaptation chez lui.

3. POSTCURE

i) **Le thérapeute doit réévaluer le client à intervalles appropriés après le congé.**

Le calendrier est souple, en ce sens qu'il peut être modifié selon que M. Clément a besoin de plus ou de moins de soutien.

L'ergothérapeute coordonne le calendrier avec celui du travailleur social, qui prévoit également rendre visite à M. Clément chez lui; avec celui du physiothérapeute qui entend suivre le client en service externe.

La coordination entre les membres de l'équipe se fait en permanence par téléphone, de manière informelle.

ii) **Les résultats de la réévaluation doivent être consignés.**

Bien que M. Clément réussisse chez lui à composer avec son sentiment de perte, son deuil n'est pas surmonté pour autant; c'est pourquoi l'ergothérapeute l'adresse à un groupe d'aide aux veufs dans la communauté.

L'ergothérapeute et la fille accompagnent M. Clément à sa première réunion. M. Clément et sa fille vont à la réunion suivante sans le thérapeute.

Le thérapeute reste en contact téléphonique avec le client et sa fille au cours des semaines qui suivent, période au cours de laquelle ce dernier commence à assister tout seul aux réunions.

L'adhésion au groupe d'aide aux veufs semble être profitable au client qui a atteint la pleine autonomie dans la fréquentation du groupe.

L'ergothérapeute convoque les autres membres de l'équipe thérapeutique à une réunion pour discuter du cas de M. Clément avant la dernière séance prévue avec celui-ci.

L'ergothérapeute, M. Clément et sa fille se réunissent pour la dernière fois chez le client pour discuter de ses mécanismes d'adaptation, de ses habitudes quotidiennes et des ressources sur lesquelles il peut compter en cas de besoin.

Le rôle du thérapeute auprès du client se termine là, et le thérapeute a rendu visite à ce dernier pour mettre fin à la relation et pour régler tout détail pratique devant permettre à M. Clément de conserver son autonomie et de s'adapter à sa perte.

iii) **Si le client a besoin d'autres soins, le thérapeute doit l'orienter vers le service pertinent.**

Après la dernière visite, un résumé des progrès accomplis durant le suivi est versé au dossier, et une copie est envoyée au médecin de famille qui le conservera dans ses dossiers.

Le physiothérapeute et le travailleur social ont accès à ce résumé, en consultant le dossier de l'établisssement.

Le suivi dans la collectivité étant offert dans le cadre des services dispensés par l'établissement, M. Clément n'a aucuns frais à acquitter.

Pendant la période de suivi, l'ergothérapeute prend note du temps consacré aux services directs et indirects à l'aide du Système des mesures de travail pour les traitements d'ergothérapie.

4. ÉVALUATION DU PROGRAMME DU CLIENT :

i) **Le thérapeute doit évaluer le rendement et l'efficience du programme par rapport :**

- au respect des lignes directrices régissant le processus et exposées plus haut, et
- aux résultats de l'intervention.

On peut effectuer une évaluation détaillée du processus par examen du dossier dans le cadre du programme de contrôle de la qualité de l'établissement, en se fondant sur les modalités établies pour la fréquence de l'examen, la méthode d'échantillonnage et sur les critères définis pour ce type d'évaluation en ergothérapie.

L'évaluation peut être faite par un comité d'évaluation monodisciplinaire (des ergothérapeutes) ou un comité multidisciplinaire qui peut ou non inclure un ergothérapeute.

Pour évaluer le processus, on peut se servir des lignes directrices régissant la pratique de l'ergothérapie axée sur le client et des directives offertes dans le présent document comme référence en vérifiant que chaque étape de la pratique axée sur le client a été bien suivie.

Une évaluation des résultats de l'intervention, par rapport à l'unique objectif défini dans cet exemple de cas, pourrait consister à comparer l'aptitude de M. Clément à exprimer les sentiments associés à la perte de sa femme au début de la relation (étape de l'évaluation) et au moment où se termine le suivi.

---

* Cette illustration de cas a été préparée avec la collaboration de:

Hilary Jarvis, O.T.(C),
Directeur, Occupational Therapy Services
Camp Hill Hospital et
HALIFAX (Nouvelle-Écosse)

Janet de Saint Sardos, O.T. (C)
Community Occupational Therapy Services
HALIFAX (Nouvelle-Écosse)

CHAPITRE IX: USAGES POSSIBLES DES DOCUMENTS

Il y a de nombreuses façons d'utiliser ce document ainsi que celui qui précède (lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client). L'usage dépend des besoins de la personne et n'a de limites que celles de la créativité de l'intéressé. Toutefois, voici à titre indicatif quelques suggestions. Elles sont reliées de près aux recommandations de la page viii.

Ces lignes directrices peuvent être utilisées :

1) pour donner un bon aperçu du travail de l'ergothérapeute dans le cadre de discussions avec les administrateurs et les informer d'un processus qui est accepté à l'échelle nationale;

2) pour définir les grandes lignes du travail de l'ergothérapeute en vue de l'élaboration de normes dans un service, pour l'établissement ou le maintien du mode de prestation des soins;

3) par les chefs de service comme paramètres servant à la planification et à l'évaluation du niveau de service dispensé par le service. Les lignes directrices indiquent le niveau de service accepté partout au Canada et peuvent facilement se transformer en critères pour l'évaluation du rendement du service ou du thérapeute;

4) par les chefs de service à titre d'instrument pour la préparation à l'agrément du service ou de l'hôpital;

5) par les chefs de service comme paramètres pour l'élaboration de systèmes de mesures de la charge de travail, puisque les documents précisent ce qui doit être mesuré;

6) par les thérapeutes, pour évaluer leur propre rendement. Les documents leur proposent une méthode pour déterminer si les programmes et le rendement sont conformes aux normes prescrites dans ces lignes directrices canadiennes;

7) comme instrument servant aux relations publiques entre ergothérapeutes et d'autres groupes de professionnels;

8) dans les discussions sur l'ergothérapie avec les clients ou des clients éventuels;

9) par les administrateurs désireux de savoir si les ergothérapeutes qui sont à leur service satisfont aux normes de rendement admises à l'échelle nationale;

10) par les établissements d'enseignement en vue de l'élaboration des programmes d'études;

11) comme point de départ de la planification des programmes de formation continue et en cours d'emploi. Il peut s'avérer nécessaire d'offrir une formation sur la façon de bien suivre les étapes du processus;

12) par les associations provinciales d'ergothérapeutes pour la mise au point de normes provinciales. L'Association canadienne des ergothérapeutes et Santé et Bien-être social Canada ont élaboré ces Lignes directrices qui peuvent facilement être adaptées et transformées en normes. Toutefois, c'est aux provinces qu'incombe cette responsabilité;

13) par les ministres provinciaux et fédéraux pour l'établissement ou l'évaluation de programmes d'ergothérapie;

14) pour l'élaboration ou la modification de la législation provinciale;

15) comme critères applicables aux protocoles cliniques pour l'élaboration de programmes de contrôle de la qualité.

MODÈLE RECOMMANDÉ POUR LA MISE AU POINT DE PROTOCOLES CLINIQUES NORMATIFS DANS LES PROGRAMMES DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

À partir des LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AXÉE SUR LE CLIENT, Barbara ten Hoope* du Département d'ergothérapie de l'Hôpital Shaughnessy à Vancouver en Colombie-Britannique a créé un modèle pour aider à mettre au point tout protocole clinique spécifique ou général en ergothérapie (normes de soins au patient-client). Voici donc ce modèle accompagné d'un exemple de la section intervention tirée du protocole relatif aux patients souffrant d'une lésion de la moelle épinière, afin d'illustrer de façon concrète la transposition des "lignes directrices de pratique" en normes de pratique.

Le protocole clinique devient le critère d'élaboration d'un outil de mesure de l'assurance de la qualité pour :

- le contrôle des données relatives à la santé
- l'observation clinique
- les entrevues avec le client, les familles et les collègues de travail.

---

* Pour obtenir plus de renseignements, vous pouvez communiquer avec :
Mme Barbara ten Hoope
Senior Occupational Therapist
Occupational Therapy Department
Shaughnessy Hospital
4500 Oak Street
Vancouver, (Colombie-Britannique)
V6H 3N1

(a) Lignes directrices à la consultation

1. Consignez le genre de demande d'intervention reçue: une note d'entente ou une requête individuelle par un médecin (ou autre professionnel de la santé), etc.

2. Indiquez le numéro du formulaire de consultation et la nature des services demandés.

3. Énoncez la méthode de détermination de l'admissibilité du client à une intervention ergothérapeutique.

4. Notez la procédure de documentation à la réception d'une demande d'intervention.

5. Précisez votre action face à une demande non justifiée.

6. Indiquez votre politique concernant le temps alloué pour compléter la procédure de documentation à la suite d'une demande d'intervention.

(b) Lignes directrices relatives à l'évaluation

L'ergothérapeute doit indiquer :

1. le début de la relation client-thérapeute et les facteurs considérés ;

2. les buts généraux concernant l'évaluation et le type de celle-ci (inclure le titre et le nombre de formulaires, s'il y a lieu);

3. les divers aspects du traitement préalable du client, si on a obtenu un rapport et en spécifier la source;

4. les aspects de l'état du client à évaluer avant de commencer le traitement (selon le cadre conceptuel du fonctionnement occupationnel);

5. les autres évaluations à faire et dans quel cas elles seraient requises;

6. qu'il s'assurera d'une évaluation complète en adressant le client vers des spécialistes d'autres disciplines si nécessaire ;

7. que les données d'évaluation seront analysées, les troubles identifiés et résumés et les recommandations faites;

8. la politique suivie en ce qui a trait à la terminaison et à la documentation de l'évaluation au dossier.

(c) Lignes directrices relatives à la planification du programme

L'ergothérapeute doit indiquer :

1. les facteurs considérés dans la formulation des problèmes et des plans d'action initiaux (p. ex. : cadre conceptuel théorique applicable, lignes directrices relatives au traitement, objectifs du client et de sa famille, programme des autres membres de l'équipe, ressources accessibles, plan de congé hypothétique et les références aux politiques et procédures applicables;

2. les politiques et procédures concernant la documentation de la liste de problèmes et des plans initiaux du programme d'intervention;

3. les politiques et procédures concernant le contenu des plans d'intervention (ex. : type d'intervention, fréquence, durée, calendrier de réévaluation, résultats escomptés et plan de congé hypothétique);

4. la politique concernant le calendrier de développement du programme.

(d) Lignes directrices relatives à l'intervention

L'ergothérapeute doit indiquer :

1. quand et comment s'est établie la relation client-thérapeute et quels facteurs seront considérés;

2. les facteurs pris en ligne de compte pour établir le programme de traitement (ex. : l'acuité des troubles, les lignes directrices du traitement et les ressources, la main-d'oeuvre, le lieu de travail, l'équipement, la répartition du temps et la sécurité) de même que la référence à des politiques et procédures applicables;

3. la politique concernant la fréquence d'enregistrement des données;

4. la politique par rapport à la fréquence de réévaluation et de documentation des changements dans l'état du client et du programme;

5. la politique concernant la communication avec l'équipe et la famille (ex. : la présence aux réunions d'équipe ou de famille, etc.);

6. la politique relative à la participation de l'ergothérapie dans la planification du congé.

(e) Lignes directrices relatives au congé

L'ergothérapeute doit indiquer :

1. la politique concernant la fin du traitement;

2. la politique en ce qui a trait à la documentation du plan de congé;

3. les facteurs dont il faut tenir compte en choisissant un plan de congé (p. ex. : la performance fonctionnelle, le pronostic, les ressources de la communauté, les plans de congé des autres membres de l'équipe) et la référence aux politiques et procédures applicables;

4. la politique eu égard à la durée minimale requise pour coordonner et mettre en oeuvre le plan de congé;

5. la politique concernant le contenu et la distribution du résumé relatif au congé;

6. la fin de la relation client-thérapeute et les facteurs qui seront pris en considération.

(f) Lignes directrices relatives à la postcure

L'ergothérapeute doit indiquer :

1. la politique concernant la dispensation des services en postcure;

2. la politique relative à la documentation de la réévaluation;

3. le mécanisme de coordination lorsque des services supplémentaires sont requis.

(g) Lignes directrices relatives à l'évaluation du programme

L'ergothérapeute doit indiquer :

la politique en ce qui a trait à l'évaluation du rendement et de l'efficience du programme individuel du patient.

Extrait du protocole clinique relatif au patient souffrant d'une lésion à la moelle épinière :

Critères d'intervention

Clé de pondération

E : essentiel

P : préféré

R : recommandé

L'ergothérapeute doit :

1. continuer à entretenir la relation thérapeutique à travers l'interaction client-thérapeute; E

2. considérer les facteurs suivants pour mettre en oeuvre le programme d'intervention :

   a. l'ordre de priorité des troubles qui relèvent de l'ergothérapie (voir, dans le livre des politiques et procédures cliniques, les lignes directrices relatives à l'établissement de l'ordre de priorité des problèmes;

   b. les lignes directrices relatives au traitement :

      i. mobilisation : voir, dans le livre des politiques et procédures cliniques, les protocoles relatifs aux appareillages et à la mobilisation; E

      ii. fonction du membre supérieur : voir, dans le livre des politiques et procédures cliniques, les lignes directrices relatives aux attelles et au traitement du membre supérieur; E

      iii. activités de la vie courante : voir, dans le livre des politiques et procédures cliniques, les possibilités fonctionnelles des patients souffrant de lésion de la moelle épinière, les lignes directrices pour l'utilisation des fiches de soins personnels, la politique concernant les déplacements de poids et les transferts, et les besoins en équipement; E

      iv. communication fonctionnelle : voir, dans le livre des politiques et procédures cliniques, les lignes directrices relatives aux aides techniques et les ressources communautaires accessibles; E

      v. planification du congé : voir, dans le livre des politiques et procédures cliniques, les lignes directrices et la politique relatives au congé ainsi que les listes de contrôle concernant les congés temporaires de jour et de fin de semaine;

      vi. tenue de maison et accessibilité : voir, dans le livre des politiques et procédures cliniques, le guide de l'accessibilité à la maison et les politiques et procédures d'évaluation de la cuisine; E

      vii. fonctionnement cognitif : voir, dans le livre des politiques et procédures cliniques, la batterie de dépistage relative à l'intégration sensorielle et les suggestions de traitement; E

      viii. ajustement psychologique : voir le matériel éducatif destiné au client sur l'ajustement psychologique, et la librairie de ressources F 3; E

   c. les ressources (voir, dans le livre des politiques et procédures administratives, les inventaires d'équipement et d'espace et le personnel); E

d. la répartition du temps (voir, dans le cahier des aptitudes à la supervision, les articles sur les lignes directrices relatives à la répartition du temps); E

e. la sécurité (voir, dans le livre des politiques et procédures administratives, les politiques concernant la sécurité de l'équipement, la vérification du fonctionnement électrique et l'entretien régulier de l'équipement fréquemment utilisé; E

3. consigner au dossier médical, au moins une fois par semaine, les progrès du client en conformité avec les lignes directrices relatives à la consignation par problème (POR, en anglais); P

4. réévaluer et documenter les changements dans l'état du client et dans le programme;

a. troubles aigus : les réévaluer et documenter à chaque jour; E

b. troubles chroniques : les réévaluer informellement pendant toutes les séances de traitement et les documenter une fois par semaine; P

5. communiquer avec les autres thérapeutes à intervalles réguliers tel que souligné dans le livre des politiques et des procédures :

a. membres de l'équipe (ex. : rapport tous les matins, réunion de planification du congé toutes les semaines); P

b. famille et autres personnes significatives (p. ex. : réunions de famille); R

6. participer aux décisions d'équipe concernant la planification du congé lors des réunions hebdomadaires de planification de congé et lors de communications informelles. Tel que mentionné dans le livre des politiques et procédures, l'ergothérapeute suivra les lignes directrices relatives au transfert lors de sa prise de décisions concernant le congé.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION: AOTA Representative Assembly Minutes. American Journal of Occupational Therapy 1978; 32:10: 648-669.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION: Principles of Occupational Therapy Ethics. American Journal of Occupational Therapy (1980; 34: 896-899.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION: Position Paper on Purposeful Activities.

ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES: Code of Ethics, Toronto, 1983.

BIEHLER M: A Self Help Group for Burn Victims. Canadian Journal of Occupational Therapy 1981; 48: 221-222.

BROWN I: Pastoral Care with the Elderly in Health Care Institutions. Unpublished paper. Queen Street Mental Health Centre, Toronto, 1985.

CAPLAN G: Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books New York, 1964.

CLARK, A: Morale and motivation. The Practitioner, 1978; 220: 735-737.

CODE D'ÉTHIQUE DES ERGOTHÉRAPEUTES. Code professionnel. (Lois refondues du Québec, C. Chapitre 26, section 87), 1979.

CYNKIN S: Occupational Therapy: Toward Health Through Activities. Little Brown, Boston, 1979.

DAVIE MR: William Graham Sumner. Thomas Crowell, New York, 1963, 45.

ETZIONI A: Modern Organizations. Prentice Hall Inc. New Jersey, 1964.

FIDLER GS, FIDLER JW: Occupational Therapy, a Communication Process in Psychiatry, MacMillan, New York, 1963.

FIDLER GS, FIDLER JW: Doing and Becoming: Purposeful Action and Self Actualization.
American Journal of Occupational Therapy 1978; 32: 305-310.

FLOREY LL: Intrinsic Motivation: The Dynamics of Occupational Therapy. American Journal of Occupational Therapy 1969; 23:4: 319-322.

FRANSELLA F: Psychology for Occupational Therapists. The British Psychological Association and Macmillan Press Ltd., London, 1982.

GOLDSTEIN A, GERSHAW NJ, SPRAFKIN RP: Structured Learning Therapy: Development and Evaluation. American Journal of Occupational Therapy1979; 3: 635-639.

HEIJN C, GRANGER CV: Understanding Motivational Patterns - Early Identification Aids Rehabilitation. Journal of Rehabilitation. 1974; 40:6: 26-29.

HOPKINS H, SMITH H: Willard and Spackman's Occupational Therapy, 6th Edition. J.B. Lippincott Co., Maryland, 1983.

IBBOTSON J: Motivation - the occupational therapist's approach. Physiotherapy 1975; 61:6 189-191

KIELHOFNER G: A heritage of activity: development of theory. American Journal of Occupational Therapy 1982, 36: 723-730

KIELHOFNER G (ed): A Model of Human Occupation Theory and Application. Williams and Wilkins, Baltimore, 1985

KIELHOFNER G, BURKE JP: A model of human occupation. Part I. Conceptual framework and content. American Journal of Occupational Therapy 1980; 34: 572-581

KING LJ: Toward a Science of Adapative Responses. American Journal of Occupational Therapy 1978; 32: 429-437.

LAST JM (ed.): Public Health and Preventive Medecine. Appleton Century Croft, New York, 1980.

LEHMAN J, VARGO J: The Effects of an In-Service Program Upon the Attitudes of Nursing Aides. American Journal of Occupational Therapy 1979; 46: 105-108.

LEVEY S, LOOMBA NP: Health care administration, a managerial perspective (2e édition), J.B. Lippincott Co. New York, 1984.

LILLIE M, ARMSTRONG H: Contributions to the Development of Psychoeducational Approaches to Mental Health Service. American Journal of Occupational Therapy 1982; 36: 438-443.

McDOUGALL GM, TAYLOR DE: L'équipe interdisciplinaire dans un hôpital général. Santé mentale au Canada 1978; 26: 13-17.

MEYER A: The Philosophy of Occupational Therapy. Archives of Occupational Therapy 1922; 1: 1-10.

MILHOLLAN F, FORISHA B: From Skinner to Rogers: Constrasting Approaches to Education. Professional Educators Publications, Nebraska, 1972.

MOSEY A: Occupational Therapy: Configuration of a Profession. Raven Press, New York, 1981.

OSTROW P, WILLIAMSON JW, JOE BE: Quality assurance primer, American Occupational Therapy Association. Rockville, Maryland, 1983.

PRUYSER PW: The Minister as Diagnostician: Personal Problems in Pastoral Care. The Westminster Press, Philadelphia, 1976.

PURTILO R: Health Professional/Patient Interaction, Third Edition. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1984.

PURTILO RB: CASSEL CK: Ethical Dimensions in the Health Professions. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1981.

REED KL: Models of Practice in Occupational Therapy. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1984a.

REED KL: Understanding Theory: The First Step in Learning about Research. American Journal of Occupational Therapy 1984b; 38:10: 677-682.

REED KL, SANDERSON, SR: Concepts of Occupational Therapy, Williams and Wilkins, Co., Baltimore, 1980.

REED KL, SANDERSON SR: Concepts of Occupational Therapy, Second Edition. Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1983.

REHR H (ed): Ethical Dilemmas in Health Care: A Professional Search for Solutions. Published for Doris Siegel Memorial Fund to the Mount Sinai Medical Centre by Prodist: New York, 1978.

REILLY M: Occupational Therapy can be one of the Great Ideas of the 20th Century. American Journal of Occupational Therapy 1962; 16:1: 1-9.

ROSENTHAL G: Assessing the quality of medical care. Medical Care 1977; 9:1: 1-15.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA et l'ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES. Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client. Ottawa, 1983.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. Systèmes des mesures de travail pour les traitements d'ergothérapie-ébauche. Direction générale des services et de la promotion de la santé. Ottawa, 1985.

SHONTZ FC: Psychological Adustment to Physical Disability; Trends in Theories. Archives of Physical Medicine in Rehabilitation 1978.

SHORTELL SM, RICHARDSON WC: Health Program evaluation, C.V. Mosby Co, St. Louis, 1978.

SIMON JI: Emotional aspects of physical disability. American Journal of Occupational Therapy 1971; 25:8, 408-410

STEGER HG: Understanding the psychological factors in rehabilitation. Geriatrics, 1976: 31:5, 68-73

SUMNER WG: Folkways: A study of the Sociological Importance of Usages, Manners, Customs, Mores and Morals. Ginn and Co: Boston, 1907.

WEST WL: A Reaffirmedd Philosophy and Practice of Occupational Therapy for the 1980's. American Journal of Occupational Therapy 1984; 38:1:15-23.

WILLSON M: Occupational Therapy in Long Term Psychiatry. Churchill Livingston, New York, 1983.

WITTMEYER M, STOLOV W: Educating Wheelchair Patients on Home Architectural Barriers. American Journal of Occupational Therapy 1978; 32:9, 557-564.

WOODSIDE H: Community Care for the Mentally Ill. Canadian Journal of Occupational Therapy 1984; 51:4: 182-187.

WOODSIDE H ET MERCER S: Le soutien comme forme de thérapie: le centre de soins de jour Fennel. Santé mentale au Canada, 1983; 31: 4, 2-5.

YERXA E: The Philosophical Base of Occupational Therapy: 2000 A.D. American Occupational Therapy Association, 1979, 26-30.

ANNEXE A

LIGNES DIRECTRICES GÉNÉRALES RELATIVES AUX ÉTAPES DE LA PRATIQUE

Ces lignes directrices générales sont extraites des "Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client", pages 17 à 21.

a) **Lignes directrices relatives à la consultation**

i) La demande de traitement envoyée au thérapeute doit provenir d'une source autorisée et être conforme à la politique du service.

ii) Le thérapeute doit déterminer l'à-propos de la demande et l'admissibilité du client au programme d'ergothérapie. Pour ce faire, il peut procéder à un entretien ou à une révision des dossiers.

iii) À la réception d'une demande de traitement, le thérapeute doit noter:

- la date de réception de la demande,
- la source de la demande et
- la nature des services demandés.

iv) Lorsque la demande est justifiée, le thérapeute doit procéder à une évaluation générale du client.

v) Si la demande n'est pas justifiée, le thérapeute doit proposer des solutions de remplacement à l'auteur de la demande.

vi) La collecte des données doit se faire dans un délai conforme à la politique du service.

b) **Lignes directrices relatives à l'évaluation**

i) Le thérapeute doit réunir les données et définir les objectifs de l'évaluation.

ii) Le thérapeute doit obtenir d'autres renseignements pertinents sur les antécédents personnels, professionnels et familiaux du client auprès de celui-ci, de sa famille ou des personnes intéressées.

iii) L'évaluation globale doit comprendre une inscription et une appréciation des capacités et des déficits du client dans les domaines suivants :

capacité fonctionnelle
- soins personnels
- productivité
- loisirs

éléments de la capacité fonctionnelle
- activités mentales
- activités physiques

- activités socio-culturelles
- activités spirituelles

milieu
- physique
- social
- culturel

Le thérapeute doit enregistrer le niveau de capacité fonctionnelle du client et déterminer si une évaluation plus détaillée et plus précise s'impose.

Le thérapeute doit procéder à une évaluation complète dans le cadre de son service ou diriger le client vers d'autres spécialistes.

iv) Le thérapeute doit analyser les données de l'évaluation, formuler son opinion sur le(s) problème(s) exposé(s) et faire des recommandations.

v) Cette évaluation doit se faire dans un délai précis après la réception de la demande de traitement.

c) **Lignes directrices relatives à la planification du programme**

i) Le thérapeute doit élaborer un plan de programme conforme aux données de l'évaluation et aux recommandations formulées.

ii) Le plan de programme doit comprendre

- un énoncé d'objectifs mesurables à court et à long terme;
- un choix d'approche ou de base théorique appropriée aux besoins du client;
- un choix de méthodes de traitement;
- le calendrier de la mise en oeuvre du plan;
- un plan de congé;
- un calendrier d'évaluation périodique.

iii) Les objectifs et les modalités du plan de programme doivent être conformes

- aux attentes du client et de sa famille;
- aux plans de programme des autres spécialistes intéressés;
- aux ressources disponibles (établissements et collectivité).

iv) Le plan de programme doit être élaboré dans un délai précis après l'évaluation.

d) **Lignes directrices relatives au traitement**

i) Le thérapeute doit appliquer le programme conformément au plan.

ii) Le thérapeute doit enregistrer, selon les exigences du service, les services d'ergothérapie fournis et les progrès du client.

iii) Le thérapeute doit réévaluer et enregistrer régulièrement (ou selon les exigences du service) les changements dans la capacité fonctionnelle du client, ainsi que les éléments y afférents.

iv) Le plan de programme doit être modifié en fonction de ces changements.

v) Le thérapeute doit avoir des contacts réguliers (ou selon les exigences du service) avec les autres spécialistes de l'équipe et la famille du client ou les personnes intéressées;

vi) Le thérapeute doit réviser et préciser le plan de congé.

e) **Lignes directrices relatives au congé**

i) Le thérapeute doit mettre fin au traitement dès que le client a atteint les objectifs fixés ou qu'il a tiré le maximum des services d'ergothérapie.

ii) Il faut définir et préciser les modalités du plan de congé.

iii) Le plan de congé doit tenir compte

- des capacités et des déficits fonctionnels du client, des objectifs du programme, du pronostic, ainsi que des ressources de la collectivité;
- du plan de congé élaboré par les autres spécialistes intéressés.

iv) Il faut consacrer le temps nécessaire à la coordination et à la mise en oeuvre efficace du plan.

v) Le thérapeute doit rédiger un résumé en vue du congé conformément aux politiques du service. Ce résumé doit indiquer l'état fonctionnel du client, les objectifs atteints et non atteints, les plans de services continus et des recommandations supplémentaires.

vi) Il faut mettre un terme à la relation client-thérapeute.

f) **Lignes directrices relatives à l'observation postcure**

i) Le thérapeute doit réévaluer l'état fonctionnel du client à intervalles appropriés après le congé.

ii) Les résultats de la réévaluation doivent être enregistrés.

iii) Si le client a besoin d'autres soins, le thérapeute doit l'orienter vers le service pertinent.

g) **Lignes directrices relatives à l'évaluation du programme**

i) Le thérapeute doit évaluer l'efficacité et l'efficience du programme par rapport:

- au respect des lignes directrices applicables au processus et décrites ci-dessus;
- aux résultats du traitement.

iii) Le thérapeute doit réévaluer et enregistrer régulièrement (ou selon les exigences du service) les changements dans la capacité fonctionnelle du client, ainsi que les éléments y afférents.

iv) Le plan de programme doit être modifié en fonction de ces changements.

v) Le thérapeute doit avoir des contacts réguliers (ou selon les exigences du service) avec les autres spécialistes de l'équipe et la famille du client ou les personnes intéressées;

vi) Le thérapeute doit réviser et préciser le plan de congé.

e) **Lignes directrices relatives au congé**

i) Le thérapeute doit mettre fin au traitement dès que le client a atteint les objectifs fixés ou qu'il a tiré le maximum des services d'ergothérapie.

ii) Il faut définir et préciser les modalités du plan de congé.

iii) Le plan de congé doit tenir compte

- des capacités et des déficits fonctionnels du client, des objectifs du programme, du pronostic, ainsi que des ressources de la collectivité;
- du plan de congé élaboré par les autres spécialistes intéressés.

iv) Il faut consacrer le temps nécessaire à la coordination et à la mise en oeuvre efficace du plan.

v) Le thérapeute doit rédiger un résumé en vue du congé conformément aux politiques du service. Ce résumé doit indiquer l'état fonctionnel du client, les objectifs atteints et non atteints, les plans de services continus et des recommandations supplémentaires.

vi) Il faut mettre un terme à la relation client-thérapeute.

f) **Lignes directrices relatives à l'observation postcure**

i) Le thérapeute doit réévaluer l'état fonctionnel du client à intervalles appropriés après le congé.

ii) Les résultats de la réévaluation doivent être enregistrés.

iii) Si le client a besoin d'autres soins, le thérapeute doit l'orienter vers le service pertinent.

g) **Lignes directrices relatives à l'évaluation du programme**

i) Le thérapeute doit évaluer l'efficacité et l'efficience du programme par rapport:

- au respect des lignes directrices applicables au processus et décrites ci-dessus;
- aux résultats du traitement.